

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diagnóstico de asthma? ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Toma alcohol/drogas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro	
¿Problemas con los ojos/visión? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen <input type="checkbox"/> ¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)			La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.	
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Firma del Padre/Tutor	Fecha
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old **HEIGHT** **WEIGHT** **BMI** **B/P**

DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes No And any two of the following: **Family History** Yes No
Ethnic Minority Yes No **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes No **At Risk** Yes No

LEAD RISK QUESTIONNAIRE: Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

Questionnaire Administered? Yes No **Blood Test Indicated?** Yes No **Blood Test Date** **Result**

TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.

No test needed **Test performed** **Skin Test: Date Read** / / **Result: Positive** **Negative** **mm** _____
Blood Test: Date Reported / / **Result: Positive** **Negative** **Value**

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears		Screening Result:	Gastrointestinal	
Eyes		Screening Result:	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication:
 Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)
 Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting **DIETARY** Needs/Restrictions

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g., safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: Nurse Teacher Counselor Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
Yes **No** If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified please attach explanation.)

PHYSICAL EDUCATION Yes No Modified **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes No Modified

Print Name _____ (MD,DO, APN, PA) **Signature** _____ **Date** _____
Address _____ **Phone** _____