

| | | | | | | |
|----------|--------|---------|--|------|---------|----------------------|
| 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 diabetes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Ha tenido heridas graves o enfermedades? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Prueba positiva 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"/> | | ¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Toma alcohol/drogas? | 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"/> | | ¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿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) | | | Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro | |
| ¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación. | |
| ¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Firma del Padre/Tutor | Fecha |

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** _____