



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)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diagnóstico de asthma? ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene defectos de nacimiento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Toma alcohol/drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Si <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?	Si <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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Firma del Padre/Tutor</b>	<b>Fecha</b>

**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](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: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			Other	

**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** \_\_\_\_\_