



|          |        |         |  |      |         |                      |
|----------|--------|---------|--|------|---------|----------------------|
| Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de Nacimiento<br>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?<br>¿Despierta el niño tosiendo en la noche?   | Sí No   |                 | ¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)  | Sí No   |
| ¿Tiene defectos de nacimiento?  | Sí No   |                 | ¿Ha sido hospitalizado?<br>¿Cuándo? ¿Para qué?  | Sí No   |
| ¿Tiene retrasos del desarrollo?   | Sí No   |                 | ¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)<br>¿Cuándo? ¿Para qué?   | Sí No   |
| ¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro  | Sí No   |                 | ¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?   | Sí No   |
| ¿Tiene diabetes?  | Sí No   |                 | ¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?   | Sí No   |
| ¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?  | Sí No   |                 | ¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?  | Sí No   |
| ¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?   | Sí No   |                 | ¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?   | Sí No   |
| ¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?   | Sí No   |                 | ¿Toma alcohol/drogas?   | Sí No   |
| ¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?   | Sí No   |                 | ¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?  | Sí No   |
| ¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?   | Sí No   |                 |   |   |
| ¿Problemas con los ojos/visión? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen <input type="checkbox"/> |   |                 | Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro |   |
| ¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)   |   |                 |   |   |
| ¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?  | Sí No   |                 | 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 No   |                 | <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:  
 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** \_\_\_\_\_