

Esta sección completada por padres
La parte trasera debe ser completada por un proveedor de atención médica aprobado

EVALUACIÓN DE SALUD PARA NIÑOS Y JÓVENES

Se requieren exámenes físicos para todos los estudiantes nuevos en las escuelas de Kansas y los estudiantes que ingresan a kínder, 6° y 9° grado.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino/Femenino: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Padre/ Tutor: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Casa: _____

El niño vive con: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Casa: _____

Cuantos en el hogar: _____ Oculista: _____

Médico: _____ Dentista: _____

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR A SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR

Códigos de Respuesta: M = Materno P = Paterno S = Hermanos NA = No Aplicable

Pregunta	Código	Comentario
1. ¿Hay algún problema de enfermedad crónica en su familia, como enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer, convulsiones, enfermedad mental, abuso de sustancias u otros? ¿Comentario?		
2. ¿Algún miembro de la familia tiene un defecto de visión, pérdida de audición o deformidad de la columna vertebral? ¿Comentario?		

Código Comentario

HISTORIA DE NIÑOS / ADOLESCENTES

Códigos de Respuesta: Y = Sí N = No NA = No Aplicable

Pregunta	Código	Comentario
1. Peso de Nacimiento: _____ ¿Hubo algún problema prenatal y de parto con el niño		
2. ¿Caminó, habló y desarrolló este niño a la hora habitual?		
3. ¿Este niño / adolescente:		
a. Este niño camino, hablo y se desarrolló al tiempo normal?		
b. ¿Usa algún medicamento, drogas o alcohol?		
c. ¿Tiene un historial de hospitalizaciones, cirugías o visitas a la sala de emergencias?		
d. ¿Tiene un historial de enfermedades / enfermedades infantiles?		
e. ¿Tiene un historial de otras enfermedades contagiosas?		
f. Edad menarquia: ____ ¿Tiene un historial de problemas menstruales?		
g. ¿Tiene un historial de problemas de visión, habla, audición o comunicación?		
h. ¿Tiene un problema con estar cansado o hiperactivo?		
i. ¿Tiene algún problema emocional o de comportamiento?		
j. ¿Necesita ayuda especial en la escuela o guardería?		
k. ¿Tiene problemas de sexualidad?		
l. Tiene alguna enfermedad crónica o problemas incapacitantes con:		

Dolor de Cabeza: __ Convulsiones: __ Diabetes: __ Dolor de Oído: __ Espalda/Columna: __ Resfriado / Dolor de Garganta: __ Asma: __ Genitales: __ Oral / Dental: __ Alergias: __ Digestivo: __ Problemas de Extremidades: __ Urinario / Intestinal: __ Enfermedad Cardíaca/Pulmonar: __ Otro: _____

POR FAVOR, DESCRIBA ANTERIORMENTE LOS PROBLEMAS Y CUALQUIER OTRA PREOCUPACIÓN SOBRE LA SALUD.

POR FAVOR DE LISTAR LOS MEDICAMENTOS ACTUALES

Name: _____

PHYSICAL EXAMINATION: To be completed by health care provider approved to perform Health Assessments.

Height _____	Weight _____	Hgb or Het _____
Pulse _____	Blood Pressure _____	Lead _____
Urinalysis _____	Sickle Cell _____	Other _____
Tuberculosis _____	Head Circumference _____	

Code Each Item as follows: 0=No significant findings 1=Significant findings	Code	Description of Findings
General Appearance		
Integument		
Head-Neck		
EENT		
Oral-Dental		
Thorax		
Breasts		
Cardiovascular		
Abdomen		
Musculoskeletal		
Genitourinary		
Neurological		

SCREENING

1. Nutritional Evaluation – Results _____
2. Development: Type of Screen _____ Results _____
3. Speech: Type of Screen _____ Results _____
4. Hearing: Type of Screen _____ Results _____
5. Vision: Type of Screen _____ Results _____

Significant Assessment Finding:	Anticipatory Guidance: (Circle those discussed)
	1. Safety/poisons 8. Lifestyles
	2. Nutrition 9. Development
	3. Parenting 10. Behavior
Recommendations: (to parents, teachers-include any referrals)	4. Family Planning 11. Sexuality
	5. Discipline 12. Dental
	6. Immunizations 13. Other
Follow up:	7. Hygiene
	Comments:

RECOMMENDATIONS FOR PHYSICAL EDUCATION:

Full Program _____ Restricted (explain) _____

No Participation (explain) _____

Additional Information may be attached _____

Signature of Licensed Physician or Nurse approved to perform health assessments

Date _____

***Medication may be given at school only with a signed physician order and medication must be brought to school in the original container.**

Salina Family Healthcare Center, 651 E. Prescott RD, Salina, KS 67401 785-825-7251