|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Niño(a): *(Apellido, Primer, Segundo Nombre):*** | **Sexo:** F ❑ M ❑ | **Fecha de Nacimiento:**  |
| **Doctor del Niño(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****La fecha de último examen del doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Mes Año****Dentista del Niño(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****La fecha de último examen del dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Mes Año**  | **Cobertura de Seguro Medico:***(marca uno)*❑ **Medicaid/Badgercare** ❑ **Privada**❑  **Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 **Por *Favor circule si su hijo tiene alguno* de *las siguientes:***

 Alergias\*

 Alergia a la comida (así a la comida)\*

 Anemia

 Asma\*

 Estreñimiento/Problemas de la vejiga

 Diabetes\*

 Dolores del odio o infecciones frecuentes

 Hemorragias nasales

 Problemas de audición/Aparato de oído

 Problemas del Corazón\*

 Intolerancia de lactosa

 Nivel alto de plomo

Enfermedad reactiva de la vías respitoria

¿Están expuestos al humo de segunda mano?

Trastornos convulsivos\*

Alguna enfermedad o lesión graves

Ha sido hospitalizado o ha tenido cirugías?

Problemas con la vista?/Usa lentes

Sibilancias\*

Otros trastornos graves

 Por Favor de explicar,si su niño(a)tiene algunos de las condiciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Tiene usted una preocupación sobre el desarrollo o salud de su niño(a)? \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si** | **NO** |  **MEDICAMENTO:**  |  **COMENTARIOS/EXPLICACIONES:** |
|  |  | Su hijo(a) toma algún medicamento?  |  |
|  |  | ¿Será necesario administrar medicamentos mientras esté su hijo(a) aquí en la escuela? (Si,Si porfavor notar la en la (**HOJA DE *Medicamento***) |  |
|  |  | Su niño(a) toma algún medicamento de emergencia?Ejemplo:Epi-pen, inhalador etc: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si** | **NO** |  **PREGUNTAS SOBRE EL ORAL:** | **COMENTARIOS/EXPLICACIONES:** |
|  |  | Su niño(a) ha tenido examen dental?  |  |
|  |  | Alguna vez su niño(a) ha tenido caries en los dientes?  |  |
|  |  | Su niño(a) se queja de dolor en la boca?  |  |
|  |  | Su niño(a) necesita ayuda para cepillarse los dientes? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre(s)o tutor(es): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de 2ndo Ao revision: |

**FOR OFFICE USE ONLY**: Documents needed before a child can start - (circle documents): Individual Health Plan Medical Records Dr. Records

Medication Form Dietary Restriction Request Allergy Restriction Request Asthma Action Plan Toileting ISP Seizure Plan None

 REV:3.24 DC