|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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