



Enero 2016

EVALUACION DE SALUD EN CAROLINA DEL NORTE

Esta forma y la información contenida en ella será mantenida en los archivos de la escuela. Esta información es confidencial.

(Approved by North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services)

Nombre del Estudiante:

(Apellidos)

(Primer nombre)

(Segundo Nombre)

M F

Nació (fecha) (Mes/Día/año):

Nombre de la Escuela:

Hispanic/Latino:

1 SI 2 NO

Raza:

- 1 No Blanco (Otro)
- 2 Blanco
- 3 Afro-Americano
- 4 Indio Americano
- 5 Chino

- 6 Japonés
- 7 Hawaiano
- 8 Filipino
- 9 Asiático (Otro)
- 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado:

Información de los Padres/Guardián o persona que le cuida.

Teléfono:

Casa (Home):

Trabajo (Work):

Celular (Cell Phone):

Información de Problemas de Salud para el conocimiento de personas autorizadas (Administradores, maestros y otro personal que necesite saber esta información):

Medicamentos prescritos al estudiante:

Alergias y respuesta requerida:

Dieta especial:

Recomendaciones de Salud para mejorar el rendimiento del estudiante:

Examen de Visión: Pasó el

Examen SI NO

Posibles Problemas





Enero 2016

Recomendaciones, preocupaciones, necesidades de salud del estudiante y seguimiento:

La Escuela tiene que hacer seguimiento **SI** **NO**

Comentarios por parte del Profesional de Salud:

Incluya otras formas de salud:

Registro de Vacunación:

Autorización para dar medicamentos:

Plan de cuidado (Diabetes):

Plan de Acción (Asma-Asthma):

Plan de Cuidado para otras condiciones:

Certificación por parte del Profesional de Salud

Yo certifico que he realizado una evaluación de salud en el estudiante arriba mencionado de acuerdo a los requerimientos G.S. 130^a-440(b), que incluye historial médico y examinación física, incluyendo exámenes de visión y audición y si es adecuado, exámenes de anemia y tuberculosis. Certifico que la información en esta forma es correcta y completa a mi mejor saber.

Nombre (Name): _____ Título (Title): _____

Firma (Signature): _____ Fecha (Date) (m/d/yyyy): _____

Nombre de la Clínica o Consultorio:		Dirección de la Clínica:		
Practice/Clinic City:	State:	Zip:	Phone:	Fax:

Provider Stamp Here:

