

BRIDGEWATER-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT
KINDERGARTEN & PRESCHOOL MEDICAL RECORD

INFORME DE SALUD PREVIO: Llenado por el padre _____ Fecha _____

Mes _____ Año _____

Nombre del niño _____

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha y lugar de nacimiento _____ **Sexo** _____

Nombre de los padres _____

Padre

Madre

Dirección _____

Calle

Ciudad

Código postal

Número de teléfono _____

1. Edad que caminó _____ 2. Edad que habló _____

3. Comportamiento (hábitos): (Escriba detalles en los espacios en blanco)

Dificultades del habla _____

Mojar la cama _____

Sueño perturbado _____

Morder las uñas _____

Chupar el dedo _____

Llanto persistente _____

Rabietas (tipo, frecuencia) _____

Malos hábitos alimenticios _____

Dieta adecuada _____ Aversiones particulares _____

Hábitos intestinales / ir al baño _____

Respiración por la boca _____

4. Descripción general de comportamiento:

5. Aumento aproximado en los últimos 12 meses: Peso _____ Altura _____

6. Enfermedades (dar año aproximado):

Alergia _____

Asma _____

Bronquitis _____

Varicela _____

Trastorno convulsivo _____

Diabetes _____

Eczema _____

Problemas de _____

Riñón o vejiga _____

Enfermedad de Lyme _____

Otitis Media _____

Neumonía _____

Fiebre reumática _____

Fiebre escarlatina _____

7. Contactos de tuberculosis: indique quien y cuando (Si no, indique)

8. Operaciones/lesiones _____

9. Síntomas oculares _____ Usa anteojos _____

10. Dolor de garganta frecuente _____

11. Dolor de oído frecuente _____ Problemas de audición _____

12. Resfriados frecuentes _____ 13. Dolor de cabeza frecuente _____

14. Dolor de muelas _____ 15. Trastornos estomacales _____

16. Dolores: Articulaciones _____ Músculos _____ Otro _____

17. Condiciones del corazón/soplo _____

18. Hernia _____ Hemorragia nasal _____

19. ¿Toma el niño algún medicamento? _____

20. ¿Le han diagnosticado a su niño alguna condición médica? _____ ¿Qué? _____

Los padres dan permiso a la enfermera escolar para compartir información médica con el personal de la escuela según sea necesario.

Firma del padre/tutor

Fecha

Student's Name _____ D.O.B. _____ Grade: _____ Homeroom: _____

FOLLOWING INFORMATION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR MEDICAL PROVIDER

IMMUNIZATIONS: PLEASE ATTACH COPY OF CURRENT IMMUNIZATIONS.

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ / _____ Pulse: _____ bpm _____

Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Yes / No Contacts: Yes / No Glasses: Yes / No

Pupils: Equal _____ Unequal _____ Hearing: R _____ L _____

Indicators	Normal		Abnormal Findings	Initials
Head/Neck	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Eyes / Sclera /Pupils	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Ears	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Nose / Mouth / Throat	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Heart: Murmur / Rhythm	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Lungs: Auscultation/Percussion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Chest Contour	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Skin	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Abdomen: Assessment (include liver, spleen)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Tanner Stage: Testes/Onset of Menses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Hernia	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Neck/Back/Spine: Range of Motion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Scoliosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Upper Extremities	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Lower Extremities	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Neurological: Balance & Coordination	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Romberg	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Heel Walk	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Tandem Walk	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Toe Walk	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Nose Touch	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		

Allergies:

Additional observations: _____

Yes No

CLEARANCE: A. Student may participate in Physical Education:

B. **NOT CLEARED** for Physical Education:

Diagnosis: _____

Recommendations: _____

Provider's Signature: _____

Date of Exam: _____



Physician/Provider's Stamp