BRIDGEWATER-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT
KINDERGARTEN & PRESCHOOL –STUDENT HEALTH HISTORY

INFORME DE SALUD PREVIO: Llenado por el padre

Fecha del último examen físico: _____

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 _____
   - Malo 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 _____ Problemas de
   - Asma _____ Riñón o vejiga _____
   - Bronquitis _____ Enfermedad de Lyme _____
   - Varicela _____ Otitis Media _____
   - Trastorno convulsivo _____ Neumonía _____
   - Diabetes _____ Fiebre reumática _____
   - Eczema _____ 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

PHYSICIAN EVALUATION FORM

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	☐ Yes	☐ No		
Eyes / Sclera /Pupils	☐ Yes	☐ No		
Ears	☐ Yes	☐ No		
Nose / Mouth / Throat	☐ Yes	☐ No		
Heart: Murmur / Rhythm	☐ Yes	☐ No		
Lungs: Auscultation/Percussion	☐ Yes	☐ No		
Chest Contour	☐ Yes	☐ No		
Skin	☐ Yes	☐ No		
Abdomen: Assessment (include liver, spleen)	☐ Yes	☐ No		
Tanner Stage: Testes/Onset of Menses	☐ Yes	☐ No		
Hernia	☐ Yes	☐ No		
Neck/Back/Spine: Range of Motion	☐ Yes	☐ No		
Scoliosis	☐ Yes	☐ No		
Upper Extremities	☐ Yes	☐ No		
Lower Extremities	☐ Yes	☐ No		
Neurological: Balance & Coordination Romberg	☐ Yes ☐ Yes	☐ No ☐ No		
Heel Walk	☐ Yes	☐ No		
Tandem Walk	☐ Yes	☐ No		
Toe Walk	☐ Yes	☐ No		
Nose Touch	☐ Yes	☐ No		
Additional observations: _____				

CLEARANCE: A. Student may participate in Physical Education: ☐ Yes ☐No

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

Diagnosis:_____

Recommendations:_____

Provider's Signature:_____

Date of Exam: _____

Physician/Provider Stamp