



January 2016

FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no un registro público.

(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos)

LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Estudiante:

M

(Apellido) ^F (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY):

Nombre de la Escuela:

Hispano /Latino:

1 Si 2 No

Raza:

1 Otro No-Blanco 2 Blanco 3 Negro 4 Nativo Americano 5 Chino
 6 Japonés 7 Hawaiano 8 Filipino 9 Otro Asiático 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado

Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona Teléfono (s) en lugar de los

padres: Casa:

Trabajo:
Teléfono
Celular:

Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros, y otro personal escolar que requiera dicha información para realizar sus tareas asignadas):

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





January 2016

Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):

Date of physical:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here: