

INFORME MÉDICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer Escuela: _____

RAZÓN DE LA EVALUACIÓN: Programa Preescolar Kínder Primer Grado Intermedia Secundaria Clasificación Especial Deportes

POR LAS SIGUIENTES OBSERVACIONES: _____

Remisión hecha por: _____ Título: _____ Teléfono: _____

----- **HISTORIA CLÍNICA DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES** -----

Médico actual: _____
NOMBRE DEL MÉDICO

¿Para qué afección? _____
MEDICAMENTO (nombre y dosis de cualquier medicamento que esté usando su hijo/a):

Dentista actual: _____
NOMBRE DEL DENTISTA

***AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES:** Doy mi consentimiento para que la escuela y el médico antes mencionado intercambien información concerniente a mi hijo.

- | | | | FIRMA DEL PADRE | FECHA |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Inyección EpiPen | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Cirugía del ojo | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Problema de la piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Síncope | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Problema del estómago |
| <input type="checkbox"/> Vejiga/riñón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas nutritivos | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Infecciones al oído | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones | <input type="checkbox"/> Síndrome Tourette |
| <input type="checkbox"/> Problemas óseos | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Problema auditivo | <input type="checkbox"/> Aparato prostético | <input type="checkbox"/> Visión / lentes |

Explique con más detalle las opciones marcadas arriba: _____

----- **EXAMEN MÉDICO** -----

REGISTRO DE INMUNIZACIONES: Anote las fechas de las inmunizaciones en los recuadros correspondientes. Favor de indicar si no se han realizado las inmunizaciones.

VACUNA	1	2	3	4	5	6	Tdap/DTP Después de los 7 años de edad
Poliomielitis							
DTPa/dTpa (difteria, tos ferina y tétano) o TD (tétano y difteria)							
MMR (la vacuna triple viral: sarampión, paperas y rubéola)							
HIB (Haemophilus influenza tipo B)							
Hepatitis B (se requiere para los alumnos del K y del 7)							
Hepatitis A (se recomienda)							
Varicela <input type="checkbox"/> Ya tuvo varicela							

Estatura: _____ Peso: _____
Fecha de PPD: _____
Radiografía pulmonar: _____
Presión arterial: _____
Audición: _____
Visión D: _____ I: _____

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS: _____

RECOMENDACIONES: (Se ofrece servicios de Educación Especial para niños con discapacidades o necesidades especiales) _____

Evaluación adicional de: _____

RECOMENDACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA: Sin restricciones Con restricciones _____ Participación en deportes

MEDICAMENTO (nombre y dosis): _____

CUIDADO MÉDICO: ¿Usted es el médico actual del/la niño/a? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Participan (o han participado) otros especialistas médicos? _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL MÉDICO: _____

Creo que sería beneficioso hablar con más detalle sobre esto y pido que el/la enfermero/a se ponga en contacto conmigo.

Firma del médico

Fecha

SI SU HIJO NO TIENE SEGURO MÉDICO, ÉL/ELLA PUEDE SER ELEGIBLE PARA TENER SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DE COVERED CALIFORNIA. PARA MÁS INFORMACIÓN LLAME AL 1-800-300-1506.