

**HISTORIAL MEDICO de ALUMNO de KINDER
IOWA CITY COMMUNITY SCHOOL DISTRICT**

PARA PADRES:

Un examen médico por parte del doctor primario de su hijo/a antes de empezar Kínder es importante para la salud de su hijo/a e importante para que la escuela pueda adaptar sus programas a las necesidades individuales. Favor de tener su hijo/a revisado antes de empezar escuela y después periódicamente según las recomendaciones del doctor primario de su hijo/a. Favor de llenar este lado del formulario. Pidan que el doctor primario de su hijo/a llene el otro lado de este formulario. Devuelva el formulario a la escuela antes del inicio del año escolar.

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES PROVEER UN CERTIFICADO DE INMUNIZACION COMPLETO PARA CADA ALUMNO AL ENTRAR A LA ESCUELA!

ESTE LADO SERA LLENADO POR UN PADRE:

Apellido de Alumno	Nombre de Alumno	Dirección	____/____/____ Fecha Nacimiento
Doctor de Alumno / NP/ PA	Núm. Tel		Preferencia en Hospital
Dentista de Alumno	Núm. Tel		

Tu hijo/a tiene algunas de las siguientes, o tiene un historial de algunas de las siguientes? Si la respuesta es sí, favor de explicar con detalle abajo

- | | SI | NO | |
|-----|-----|-----|--|
| 1. | ___ | ___ | Asma |
| 2. | ___ | ___ | Convulsiones |
| 3. | ___ | ___ | Diabetes |
| 4. | ___ | ___ | Problemas Cardiacos |
| 5. | ___ | ___ | Depresión/Ansiedad |
| 6. | ___ | ___ | ADD/ADHD |
| 7. | ___ | ___ | Alergias a comida, medicina, picaduras de abeja, polvo/polen |
| 8. | ___ | ___ | Dolores de cabeza |
| 9. | ___ | ___ | Problemas de vista Usa Lentes_____ Usa Lentes de Contacto_____ |
| 10. | ___ | ___ | Problemas Auditivos Oído Izquierdo_____ Oído Derecho_____ Audífono(s)_____ |
| 11. | ___ | ___ | Problemas comiendo/Consideraciones de Alimentación |
| 12. | ___ | ___ | Problemas Intestinales/de Vejiga |

Detalles de condición(es) médica a cual respondiste "sí" arriba: _____

**KINDERGARTEN STUDENT HEALTH STATUS
IOWA CITY COMMUNITY SCHOOL DISTRICT**

NAME _____ BIRTHDATE____/____/____ DATE OF EXAMINATION____/____/____

THIS SIDE TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, or PHYSICIAN ASSISTANT:

I hereby certify that the above named child was examined by me within the past twelve months and is able to participate in the school program of the Iowa City Community School District. YES [] NO []

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____ Hearing _____

Vision – _____ (Please complete Iowa Certificate of Vision Screening)

CONCERNS/ RESTRICTIONS:

<p>1. Does this child have any vision, hearing, or speech concerns that the school should be aware of and/or make accommodations for? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Needs further evaluation? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes or further evaluation is needed, please describe:</p>
<p>2. Does this child have any condition which may affect the child's participation in: Classroom activities? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>] Physical education/physical activities? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes, please describe:</p>
<p>3. Does this child have any condition which may result in a classroom emergency, i.e. asthma, seizures, fainting, diabetes, etc. ? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes, please describe:</p>
<p>4. Is there any emotional, mental, or physical condition for which this child should remain under periodic medical observation? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Needs further evaluation? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes or further evaluation is needed, please describe:</p>
<p>5. Teeth and gums: _____ No obvious problems _____ Requires dental care _____ Requires urgent dental care</p>	<p>Referral made to:</p>
<p>6. Are immunizations up to date? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If no, please identify missing immunizations and plans for bringing up to date:</p>
<p>7. Has this child received a blood lead screening test, as required by Iowa law? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If so, please give the date and result of the lead screening, and plan for follow up if needed:</p>

Physician, NP, or PA Name (Printed)

Phone

Physician, NP, or PA Signature

Today's Date