

INITIAL HEALTH ASSESSMENT

IDENTIFYING INFORMATION:

LEGAL NAME OF CHILD: _____

BIRTHDATE: _____ AGE: _____ SEX: _____ GRADE: _____

ADDRESS: _____

This form is completed by: _____ Relationship to Child: _____

Parent/Guardian PHONE: Home _____ Work _____ Cell _____

Parent/Guardian PHONE: Home _____ Work _____ Cell _____

Parent/Guardian PHONE: Home _____ Work _____ Cell _____

Parent/Guardian PHONE: Home _____ Work _____ Cell _____

Message Number: _____ Best time to call: _____

Child lives with: Both Parents ___ Mother ___ Father ___ Other (explain) _____

Language spoken in home: English: ___ Other (list) _____

My child has the following health care coverage: Medicaid: ___ CHP+ ___ Private: ___ None: ___

PREGNANCY AND BIRTH:

Month into pregnancy that medical care began: _____ Length of pregnancy: _____

Were there any medications taken while pregnant?

Explain: _____

Length of labor: _____ Birth Weight: _____

Did baby come home with mother? Yes ___ No ___

Explain: _____

Did the baby need oxygen after birth: Yes ___ No ___

Explain: _____

Did baby turn yellow enough to be treated? Yes ___ No ___

Explain: _____

DEVELOPMENTAL HISTORY:

Did your child crawl by 9 months? Yes ___ No ___

Did your child walk by 18 months? Yes ___ No ___

Did your child say words by 15 months? Yes ___ No ___

Was your child toilet trained by 3½ years? Yes ___ No ___

Were there problems with balance coordination? Yes ___ No ___

Were there problems with fine motor skills? (buttons, handwriting, picking something up) Yes ___ No ___

Do you have other concerns about your child's development? Yes ___ No ___

Explain: _____

ILLNESSES, HOSPITALIZATIONS, SURGERIES, AND/OR ACCIDENTS:

Major Illnesses: _____

Hospitalization/Surgeries: _____

Accidents/Injuries: _____

Child's Doctor: _____ Date of Last Visit: _____ Reason: _____

BODY SYSTEMS HISTORY:

TEETH:

Are there any dental concerns? Yes ___ No ___

Explain: _____

Date of Last Dental Exam: _____ Dentist: _____

EARS:

Does your child have any known hearing problems? Yes ___ No ___

Explain: _____

Do you have any concerns about your child's hearing? Yes ___ No ___

Explain: _____

Ear Infections? No ___ Yes ___ Age when started? ___ How many per year? ___

Within last year? No ___ Yes ___ Were PE tubes placed? No ___ Yes ___ Number of sets? ___

EYES:

Does your child have any problems seeing? Yes ___ No ___

Explain: _____

Does your child wear glasses/contacts? Yes ___ No ___

When? _____

Date of last eye exam? _____ Doctor's Name: _____

CARDIAC:

Does your child have any heart problems? Yes ___ No ___
Explain: _____
Does your child fatigue easily, or have poor endurance? Yes ___ No ___
Explain: _____

RESPIRATORY:

Does your child have any breathing problems? Yes ___ No ___
Explain: _____
Is he/she prone to upper respiratory infections? Yes ___ No ___
Explain: _____
Does your child have asthma? Yes ___ No ___
Triggers: _____
Uses inhaler, nebulizer, or medication? Yes ___ No ___

GASTROINTESTINAL AND URINARY:

Does your child have any problems going to the bathroom? Yes ___ No ___
Explain: _____
Bedwetting: Yes ___ No ___
Constipation: Yes ___ No ___
Difficult to train: Yes ___ No ___
Does your child have dietary/food needs or concerns? Yes ___ No ___
Explain: _____
Does your child have frequent stomach aches? Yes ___ No ___
Explain: _____

SKELETAL AND MUSCULAR:

Has your child ever had a broken bone? Yes ___ No ___
When and which one? _____
Does your child have any physical disabilities? Yes ___ No ___
Explain: _____
Are there any restrictions for activity? Yes ___ No ___
Explain: _____

NEUROLOGICAL:

Has your child ever had seizures? Yes ___ No ___ Date of last seizure: _____
Does your child have frequent headaches? Yes ___ No ___ Explain: _____
Has your child ever had a head injury or concussion? Yes ___ No ___ If unconscious, how long? _____
After injury: Dizziness? ___ Memory problems? ___ Headaches? ___ Fatigue? ___
Was a physician seen? Yes ___ No ___ Who? _____
Hospitalized? Yes ___ No ___ Where? _____
Does your child have sleeping/bedtime concerns? Yes ___ No ___
Explain: _____
Does your child have a limited attention span? Yes ___ No ___
Do you think your student is distractible? Yes ___ No ___
Is your student impulsive? Yes ___ No ___

ALLERGIES: (Identify and explain)

Medications allergies? Yes ___ No ___ What/Reactions: _____
Food Allergies? Yes ___ No ___ What/Reactions: _____
Insect/wasp/bee sting allergy? Yes ___ No ___ What/Reactions: _____
Environmental Allergies? Yes ___ No ___ What/Reactions: _____
Seeing an Allergist? Yes ___ No ___ Who/When?: _____

MEDICATIONS:

Is your child currently taking medications (prescription and/or over-the-counter)? Yes ___ No ___
List Name, Dose, and Time: _____
This form can be used to complete my child's record in the student information system. Yes ___ No ___

Signature of person completing this form Date

Interpreter (if applicable):

EVALUACIÓN INICIAL DE LA SALUD

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ GRADO: _____

DIRECCIÓN: _____

Este formulario es completado por: _____ Relación con el Estudiante: _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Número para dejar mensaje: _____ Mejor hora para llamar: _____

El estudiante vive con: Padre y Madre _____ Madre _____ Padre _____ Otro (explique) _____

Idioma hablado en la casa: Inglés _____ Otros: _____

Mi estudiante tiene la siguiente cobertura de atención médica: Medicaid: ___ CHP+ ___ Privada ___ Ninguna ___

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

Mes durante el embarazo en el que empezó el cuidado médico: _____ Duración del Embarazo: _____

¿Tomó algún medicamento durante el embarazo?

Explique: _____

Duración del parto: _____ Peso de nacimiento: _____

¿El bebé se fue a la casa con la mamá? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Necesitó oxígeno el bebé después del nacimiento? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿El bebé se puso muy amarillo y necesitó tratamiento? Sí ___ No ___

Explique: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

¿Su hijo gateó a los 9 meses o antes? Sí ___ No ___

¿Su hijo caminó a los 18 meses o antes? Sí ___ No ___

¿Su hijo dijo algunas palabras a los 15 meses o antes? Sí ___ No ___

¿Hubo problemas con el equilibrio, coordinación? Sí ___ No ___

¿Hubo problemas con la motricidad fina? (botones, escribir a mano, recoger algo) Sí ___ No ___

¿Tiene otras preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo? Sí ___ No ___

Explique: _____

ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS Y/O ACCIDENTES:

Enfermedades Graves: _____

Hospitalización/Cirugías: _____

Accidentes/Lesiones: _____

Médico del Niño: _____ Fecha de la última cita: _____ Razón: _____

HISTORIAL DE LOS SISTEMAS DEL CUERPO:

DIENTES:

¿Tiene problemas dentales? Sí ___ No ___

Explique: _____

Fecha del último examen dental: _____ Dentista: _____

OÍDOS:

¿Su hijo tiene algún problema conocido de audición? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Infecciones del Oído? No ___ Sí ___ ¿Edad cuando empezaron? _____ ¿Cuántas al año? _____

¿En el último año? No ___ Sí ___ ¿Le pusieron tubos en los oídos? _____ ¿Cuántos? _____

OJOS:

¿Su hijo tiene problemas para ver? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Su hijo usa lentes/anteojos/lentes de contacto? Sí ___ No ___

¿Cuándo? _____

Fecha del último examen: _____ Nombre del Oculista: _____

CARDIACO:

¿Su hijo tiene algún problema del corazón? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Su hijo se fatiga fácilmente o tiene poca resistencia? Sí ___ No ___

Explique: _____

RESPIRATORIO:

- ¿Su hijo tiene algún problema respiratorio? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo es propenso a infecciones de las vías respiratorias superiores? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo tiene asma? Sí___ No___
 Explique: _____
 ¿Qué le causa el Asma?: _____
- ¿Usa inhalador, nebulizador, o medicamentos? Sí___ No___

GASTROINTESTINAL Y URINARIO:

- ¿Su hijo tiene problemas para ir al baño? Sí___ No___
 Explique: _____
- Moja la cama: Sí___ No___
- Estreñimiento: Sí___ No___
- Dificultad para aprender a ir al baño: Sí___ No___
- ¿Su hijo tiene necesidades o problemas dietéticos/alimenticios? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo tiene dolores de estómago frecuentes? Sí___ No___
 Explique: _____

ÓSEO Y MUSCULAR:

- ¿Su hijo se ha fracturado un hueso alguna vez? Sí___ No___
 ¿Cuándo y cuál? _____
- ¿Su hijo tiene alguna discapacidad física? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Hay alguna restricción para la actividad física? Sí___ No___
 Explique: _____

NEUROLÓGICO:

- ¿Su hijo ha tenido convulsiones alguna vez? Sí___ No___ Fecha de la última convulsión: _____
- ¿Su hijo tiene dolores de cabeza frecuentes? Sí___ No___ Explique _____
- ¿Su hijo ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o una contusión cerebral? Sí___ No___
 Si estuvo inconsciente, ¿por cuánto tiempo? _____
 Después de la lesión: ¿Mareo?__ ¿Problemas de memoria?__ ¿Dolores de Cabeza? __
 ¿Fatiga?__
- ¿Fue al médico? Sí___ No___ ¿Cuál médico? _____
- ¿Fue hospitalizado? Sí___ No___ ¿Dónde? _____
- ¿Su hijo tiene problemas para dormir/a la hora de acostarse? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo tiene una capacidad de atención limitada? Sí___ No___
- ¿Cree que su hijo se distrae fácilmente? Sí___ No___
- ¿Su hijo es impulsivo? Sí___ No___

ALERGIAS: (Identifique y explique)

- ¿Alergias a medicamentos? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Alergias a alimentos? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Alergias a picaduras de insectos/avispa/abejas? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Alergias ambientales? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Está viendo a un especialista en alergias? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____

MEDICAMENTOS:

- ¿Su hijo está tomando actualmente medicamentos (con o sin receta médica)? Sí___ No___
 Escriba el nombre, dosis y la hora: _____
- Este formulario puede ser utilizado para completar el expediente de mi estudiante en el sistema de información Sí___ No___

 Firma de la persona que llenó este formulario

 Fecha

Intérprete (si se aplica): _____