



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 F

(Apellido) _____ (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 en lugar de los padres: _____ **Teléfono (s)**
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:

Vitals

Height: _____ Ft _____ inches **Weight:** _____ Lbs _____ Oz. **BMI:** _____ Within Normal Limits YES NO

Blood Pressure: _____ Within Normal Limits YES NO **Lead Test (Required ONLY for Pre-K):** **Result** _____ **Date:** _____

Vision screening information:

Passed vision screening: YES NO

Concerns related to student's vision:





January 2018

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):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:



