

Esta sección completada por padres

La parte trasera debe ser completada por un proveedor de atención médica aprobado

## EVALUACIÓN DE SALUD PARA NIÑOS Y JÓVENES

Se requieren exámenes físicos para todos los estudiantes nuevos en las escuelas de Kansas y los estudiantes que ingresan a Kinder, 6 ° y 9 ° grado.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: Trabajo: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

El niño vive con: \_\_\_\_\_ Teléfono: Trabajo: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Cuantos en el hogar: \_\_\_\_\_ Oculista: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR A SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR**

Códigos de Respuesta: M = Materno P = Paterno S = Hermanos NA = No Aplicable

Código | Comentario

1. ¿Hay algún problema de enfermedad crónica en su familia, como enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer, convulsiones, enfermedad mental, abuso de sustancias u otros? ¿Comentario?
2. ¿Algún miembro de la familia tiene un defecto de visión, pérdida de audición o deformidad de la columna vertebral? ¿Comentario?

Código Comentario

### **HISTORIA DE NIÑOS / ADOLESCENTES**

Códigos de Respuesta: Y = Si N = No NA = No Aplicable

1. Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Hubo algún problema prenatal y de parto con el niño?
2. ¿Caminó, habló y desarrolló este niño a la hora habitual?
3. ¿Este niño / adolescente:
  - a. Este niño camino, hablo y se desarrolló al tiempo normal?
  - b. ¿Usa algún medicamento, drogas o alcohol?
  - c. ¿Tiene un historial de hospitalizaciones, cirugías o visitas a la sala de emergencias?
  - d. ¿Tiene un historial de enfermedades / enfermedades infantiles?
  - e. ¿Tiene un historial de otras enfermedades contagiosas?
  - f. Edad menarquia: \_\_\_\_ ¿Tiene un historial de problemas menstruales?
  - g. ¿Tiene un historial de problemas de visión, habla, audición o comunicación?
  - h. ¿Tiene un problema con estar cansado o hiperactivo?
  - i. ¿Tiene algún problema emocional o de comportamiento?
  - j. ¿Necesita ayuda especial en la escuela o guardería?
  - k. ¿Tiene problemas de sexualidad?
  - l. Tiene alguna enfermedad crónica o problemas incapacitantes con:

Dolor de Cabeza: \_\_ Convulsiones: \_\_ Diabetes: \_\_ Dolor de Oído: \_\_ Espalda/Columna: \_\_ Resfriado / Dolor de Garganta: \_\_ Asma: \_\_ Genitales: \_\_ Oral / Dental: \_\_ Alergias: \_\_ Digestivo: \_\_ Problemas de Extremidades: \_\_ Urinario / Intestinal: \_\_ Enfermedad Cardíaca/Pulmonar: \_\_ Otro: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, DESCRIBA ANTERIORMENTE LOS PROBLEMAS Y CUALQUIER OTRA PREOCUPACIÓN SOBRE LA SALUD.

POR FAVOR DE LISTAR LOS MEDICAMENTOS ACTUALES

