División de Educación Primaria y Secundaria

Para Padres o Tutores:

Para brindar la mejor experiencia de aprendizaje a su hijo(a), el maestro(a) debe conocer las necesidades de salud de su hijo(a).
Las regulaciones estatales requieren que todo niño inscrito en el **Programa Pre-K de Arkansas Better Chance** tenga un examen de bienestar infantil.
Además, el niño(a) debe estar al día con todas las vacunas requeridas.

Por favor complete la sección **"Parte I"** del formulario, fírmelo y entréguelo al médico de su hijo(a) o enfermero(a) autorizado(a).
Una vez que el formulario esté completo y firmado en ambos lados, devuélvalo a su programa Pre-K.

Información del Niño(a)

- Nombre del Niño(a) (Apellido, Nombre, Segundo Nombre): _____
- Fecha de Nacimiento: _____
- Sexo: _____
- Nombre del Padre/Tutor: _____
- Dirección, Ciudad y Código Postal: _____
- Nombre del Programa Pre-K: _____
- Teléfono del Programa Pre-K: _____
- Tipo de Seguro de Salud:
  - ☐ AR Kids A
  - ☐ AR Kids B
  - ☐ Seguro Privado
  - ☐ Otro: _____

Parte I – Para ser completada por el padre o tutor antes del examen de bienestar infantil

Marque las respuestas a las siguientes preguntas. Explique cualquier respuesta “sí” en el espacio provisto.

Sí	No	Pregunta
☐	☐	¿Tiene alguna preocupación sobre la salud general de su hijo(a)?
☐	☐	¿Ha sido diagnosticado su hijo(a) con alguna enfermedad crónica (como asma o diabetes)?
☐	☐	¿Tiene su hijo(a) alguna alergia (como alimentos, medicamentos, polvo)?
☐	☐	¿Toma su hijo(a) algún medicamento (diario o ocasional)?
☐	☐	¿Tiene su hijo(a) problemas de visión, audición o habla?
☐	☐	¿Ha tenido su hijo(a) alguna hospitalización, operación, enfermedad grave o lesión?
☐	☐	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo(a) dificultad para respirar con silbidos o tos nocturna?
☐	☐	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo(a) pérdida o aumento de peso excesivo?
☐	☐	¿Ha tenido su hijo(a) un examen dental en los últimos 12 meses?
☐	☐	¿Desea hablar sobre la salud de su hijo(a) con el proveedor de salud?

Si respondió “sí” a alguna pregunta, explique a continuación.
Para enfermedades o lesiones, incluya la edad de su hijo(a) en ese momento.

- Pregunta #: _____
  Explicación:
  _____

Permiso y Autorización del Padre/Tutor

Doy permiso para que la información de este formulario se utilice para satisfacer las necesidades de salud y educativas de mi hijo(a) mientras esté inscrito en el Programa Arkansas Better Chance.

- Firma del Padre/Tutor: _____
- Fecha: _____