Prekinder de la escuela de Delphos
901 Wildcat Lane
Delphos, OH 45833
www.delphoscityschools.org
Stephanie Braun, Directora del Prekinder
sbraun@delphoscityschools.org
419-695-1786 ext. 450
Fax: 419-692-2653

Formulario de evaluación de diagnóstico médico anual

Este formulario debe ser completado, firmado y fechado por un médico.
Este formulario debe proporcionarse dentro de los 30 días hábiles posteriores al ingreso al programa preescolar y anualmente a partir de entonces.

Evaluaciones/Exámenes	Evaluaciones/Exámenes Completada (circula)	Fecha del examen	Razón no completada (decisión de profesionales de la salud, cobertura de seguro, convicción religiosa, otros)
Plomo	Sí No		
Hemoglobina	Sí No		
Estatura	Sí No		
Peso	Sí No		

*Determinado por el médico

Resultados del examen de audición de tonos puros

	1000	2000	4000	Observación/Comentarios
D	Pasa _____ (20dB)	Pasa _____ (20dB)	Pasa _____ (20dB)	
	No Pasa____	No Pasa ____	No Pasa ____	
I	Pasa _____ (20dB)	Pasa _____ (20dB)	Pasa _____ (20dB)	
	No Pasa ____	No Pasa ____	No Pasa ____	

Resultados de la evaluación

Diagnostico: _____

Plan de tratamiento: _____

Comentarios: _____

_____

-Continúa al revés-

Resultados de la evaluación de la vista

	Correctada	Sin correctar	Tipo	Evaluación electrónica	Observación/Comentarios
D	Pasa ____	Pasa ____	Lea 5ft _____ Lea 10ft ____ Eye Check ___ Sloan Cht (10ft) ___	Suresight ____ Retinomax ____ JVAS ____	
	No Pasa ____	No Pasa ____			
I	Pasa ____	Pasa ____	Lea 5ft _____ Lea 10ft ____ Eye Check ___ Sloan Cht (10ft) ___	Suresight ____ Retinomax ____ JVAS ____	
	NonPass ____	No Pasa ____			
estereopsis	Pasa ____	No Pasa____	Smile (Pass 2) ____ Random Dot E ____		
La visión del color	Pasa ____	No Pasa ____	Ishihara – 14 plate ____ Pseudoisochromatic Color Testing – 16 plate ____ Color Vision Testing Made Easy ____		

Resultados de la evaluación

Diagnostico: _____

Plan de tratamiento: _____

Comentarios: _____

_____

Enumere cualquier limitación o condición de salud (incluidas alergias, medicamentos, restricciones dietéticas):

_____

_____

Este niño está libre de enfermedades transmisibles aparentes y ha recibido las vacunas requeridas según la Sección 3313.671 del Código Revisado de Ohio y está en condiciones adecuadas para asistir a un programa preescolar según su historial médico y condición física en el momento de este examen..

_____ _____

Firma del profesional médico **Fecha del examen**

Circula: Médico Asistente Médico Enfermera Práctica Avanzada

Dirección del consultorio : _____ Teléfono: _____