FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD GENERAL

PADRE

complete, feche y FIRME.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento:_____

Alergias: ☐ Ninguna O ☐ Enumere los alimentos/medicamentos: _____

Dieta: ☐ Amamantado ☐ Edad apropiada ☐ Especial-Describa: _____

Protección de la piel: ☐ Se pueden aplicar protectores solares/cremas según lo soliciten los padres por escrito, a menos que la piel esté lastimada o sangrando.

Sueño: Su proveedor de atención médica recomienda que todos los infantes menores de 1 año sean colocados boca arriba para dormir.

Yo, _____, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi hijo comparta este formulario y los anexos correspondientes con la escuela, centro de cuidado o el campamento de mi hijo. Datos de contacto de la persona que recibirá este formulario:

Nombre:_____ Fax:_____ Correo electrónico:_____

Firma del Padre/tutor:_____Fecha:_____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Por favor complete después de completar la sección de padre.

Fecha de la evaluación de salud más reciente: _____ Edad:_____ Peso: _____

Examen físico: ☐ Normal ☐ Anormal-describa: _____

Alergias: ☐ Ninguna O ☐ Enumere los alimentos/medicamentos:_____Tipo de reacción: _____

Medicamentos actuales: ☐ Ninguno O ☐ Enumere:_____

Se requiere un formulario de autorización de medicamento por separado (**enlace**) para los medicamentos administrados en la escuela, centro de cuidado o el campamento

Dieta actual: ☐ Amamantado ☐ Edad apropiada ☐ Especial-describa: _____

Se requiere una declaración de dieta separada (**enlace**) para los alimentos proporcionados en la escuela, la guardería o el campamento.

Preocupaciones de Salud: ☐ Alergias severas ☐ Asma ☐ Convulsiones ☐ Diabetes ☐ Hospitalizaciones
☐ Preocupaciones de Conducta ☐ Retrasos en el desarrollo ☐ Visión ☐ Audición ☐ Salud oral ☐ Bajo peso o sobrepeso
☐ Otro: _____

Explique las preocupaciones anteriores (si es necesario, incluya instrucciones para los proveedores de atención): _____
_____

Vacunación: ☐ Consulte el registro de vacunación adjunto o el formulario de exención oficial

☐ Próxima fecha de vacunación: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Por favor, complete si corresponde.Esta información es requerida por los programas Early Head Start y Head Start según el cronograma EPSDT estatal.

Estatutra: _____ Presión arterial: _____ Circunferencia de la cabeza (hasta 12 meses): _____
HCT/HGB:_____

Nivel de plomo: ☐ No hay riesgo O ☐ Nivel de plomo: _____ TB: ☐ No hay riesgo O
Resultado de la prueba: ☐ Normal ☐ Anormal

Exámenes realizados: ☐ Vision: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Audición: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ Salud Oral: ☐ Normal ☐ Anormal Evaluación del desarrollo: ☐ ASQ ☐ PEDS ☐ Otro: _____

Preocupaciones de desarrollo: _____ Seguimiento recomendado: _____

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD GENERAL

FIRMA DEL PROVEEDOR

Próxima visita de control: ☐ Según las pautas de la AAP* o

☐ Edad: _____

Este niño está sano y puede participar en todas las actividades de rutina en la escuela, guardería o campamento.Cualquier inquietud o excepción se identifica en este formulario.

_____

Firma del proveedor de atención médica (certificando que revisó este formulario)

_____

Fecha

*La AAP recomienda visitas de control para niños sanos a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses, y anualmente después de 3 años.

SELLO DE OFICINA

O escriba Nombre, Dirección, Número de Teléfono, Correo Electrónico

El formulario fue creado por la Academia Americana de Pediatría, Capítulo de Colorado y Healthy Cuidado infantil Colorado para satisfacer los requisitos de cuidado infantil y Head Start en Colorado. Si bien es aceptado por la mayoría de las escuelas, programas de cuidado infantil y campamentos, este no es un formulario oficial del gobierno. Actualizado 01/2021.