



DISTRITO ESCOLAR DE BLUE VALLEY #229
EVALUACIÓN DE SALUD PARA NIÑOS Y JÓVENES

Expediente Médico *Confidencial* del Menor (será divulgado solamente con la firma de padre/madre/tutor)

Declaración de consentimiento

Con el fin de servir mejor las necesidades médicas de mi hijo(a), por la presente doy mi permiso para que se realice la transferencia de los archivos de evaluaciones médicas a la escuela y otros profesionales de la salud apropiados.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Masculino/Femenino: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Código Postal: _____
Padre/madre/tutor: _____	Teléfono – trabajo: _____	Casa: _____
El menor vive con: _____	Teléfono – trabajo: _____	Casa: _____
Número de personas en el hogar: _____		
Médico: _____	Fecha del último examen: _____	
Dentista: _____	Fecha del último examen: _____	
Oculista: _____	Fecha del último examen: _____	

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Códigos de respuesta: M = Materno P = Paterno H = Hermano NA = No aplica

	Código	Comentarios
1. ¿Existen enfermedades/problemas crónicos en su familia tales como enfermedades cardiacas, diabetes, cáncer, convulsiones, enfermedades mentales, drogadicción, u otras?	_____	_____
2. ¿Algún miembro de la familia tiene un defecto de la vista, sordera parcial o una deformación de la columna vertebral?	_____	_____

ANTECEDENTES DEL NIÑO/ADOLESCENTE

Códigos de respuesta: S = Sí N = No NA = No aplica

	Código	Comentarios
1. Peso al nacer: _____ ¿Hubo algún problema prenatal o de parto con el niño?	_____	_____
2. ¿Este niño caminó, habló y se desarrolló en los tiempos habituales?	_____	_____
3. Este niño/adolescente:		
a. ¿consulta a un prestador de atención médica con regularidad?	_____	_____
b. ¿toma medicamentos, consume drogas o alcohol?	_____	_____
c. ¿tiene antecedentes de hospitalizaciones, cirugías o visitas a la sala de emergencia?	_____	_____
d. ¿tiene antecedentes de enfermedades infantiles?	_____	_____
e. ¿tiene antecedentes de otras enfermedades contagiosas?	_____	_____
f. ¿tiene antecedentes de problemas de visión, habla, audición o de comunicación?	_____	_____
g. ¿tiene un problema con estar cansado o hiperactivo?	_____	_____
h. ¿tiene algún problema emocional o de conducta?	_____	_____
i. ¿necesita alguna ayuda especial en la escuela o guardería?	_____	_____
j. ¿tiene enfermedades crónicas o problemas inquietantes de:		

<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolores de oído	<input type="checkbox"/> Problemas espalda/columna extremidades
<input type="checkbox"/> Resfriados/dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Genitales	<input type="checkbox"/> Oral/Dental	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/pulmonar	<input type="checkbox"/> Alergias/Asma	<input type="checkbox"/> Digestivo	<input type="checkbox"/> Urinario/intestinal	

Enumere las preocupaciones actuales del menor/padres/tutor:

CARTILLA DE VACUNACIÓN

RECUERDE: Este formulario, firmado por un Prestador de Atención Médica, debe acompañar la cartilla de vacunación completa con fechas (mm/dd/aa).

FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO



BLUE VALLEY SCHOOL DISTRICT #229
HEALTH ASSESSMENT FOR CHILDREN AND YOUTH
Confidential Child Health Record (to be released only on signature of parent/guardian)

Student Name: _____ Birthdate: _____

PHYSICAL EXAMINATION To be completed by health care provider approved to perform health assessments.

Past Health History (Development-Illness-Hospitalization)

Allergies _____

Current Medications _____

Nutritional Status _____

General Appearance _____

Head – Neck _____

Integument _____

EENT _____

Oral/Dental _____

Thorax _____

Breasts _____

Cardiovascular _____

Abdomen _____

Musculoskeletal _____

Genitourinary _____

Neurological _____

SCREENING TEST (Dates Done, Types of Test, and Results)

Development _____

Speech _____

Hearing _____

Vision _____

Urinalysis _____

Tuberculosis _____

Lead _____

Sickle Cell _____

Significant Assessment Findings/Diagnosis:

Recommendations:

Do you see this child for regular health supervision: Yes _____ No _____

Physician/Nurse’s Printed Name: _____

Physician/Nurse’s Signature: _____ Date: _____

Address of Physician or Nurse: _____