

| | | | | | | |
|----------|--------|---------|--|------|---------|----------------------|
| Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año | Sexo | Escuela | Grado/Núm. de Ident. |
|----------|--------|---------|--|------|---------|----------------------|

HISTORIAL MÉDICO - PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

| | | | | | |
|--|----|----|--|-----|----|
| ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro) | | | MEDICINAS (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.) | | |
| ¿Tiene diagnóstico de asma? | Sí | No | ¿Tiene pérdida de Funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos) | Sí | No |
| ¿Despierta el niño tosiendo en la noche? | Sí | No | ¿Ha sido hospitalizado? | Sí | No |
| ¿Tiene defectos de nacimiento? | Sí | No | ¿Cuándo? ¿Por Qué? | | |
| ¿Tiene retrasos del desarrollo? | Sí | No | ¿Ha atendido cirugía? (anótelas todas) | Sí | No |
| ¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro | Sí | No | ¿Cuándo? ¿Para Qué? | | |
| ¿Tiene diabetes? | Sí | No | ¿Ha tendido heridas graves o enfermedades? | Sí | No |
| ¿Tiene heridas en la cabeza / golpe / desmayo? | Sí | No | ¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)? | Sí* | No |
| ¿Tiene convulsiones? ¿Cómo se manifiestan? | Sí | No | ¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)? | Sí* | No |
| ¿Tiene problemas cardiacos / No respira bien? | Sí | No | ¿Usa tabaco (tipo, Frecuencia)? | Sí | No |
| ¿Tiene soplo en corazón / presión arterial alta? | Sí | No | ¿Toma alcohol / drogas? | Sí | No |
| ¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios? | Sí | No | ¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años ? (¿Causa?) | Sí | No |
| ¿Problemas con los Ojos? ___ Lentes ... Lentes de Contacto ... Último Examen ___ | | | Dental ... Ganchos ... Puente ... Placas Otro | | |
| ¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee) | | | | | |
| ¿Tiene problemas de oídos / No oye bien? | Sí | No | La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación. | | |
| ¿Tiene problemas de los huesos / articulaciones / heridas / escoliosis? | Sí | No | Firma del Padre/Tutor Fecha | | |

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

| | | | | |
|--|----------------------|--------|--|--------------------|
| HEAD CIRCUMFERENCE if <2-3 years old | HEIGHT | WEIGHT | BMI | B/P |
| DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes... No... And any two of the following: Family History Yes... No... Ethnic Minority Yes... No... Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes... No... At Risk Yes... No | | | | |
| LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. | | | | |
| Questionnaire Administered? Yes... No... Blood Test Indicated? Yes... No... Blood Test Date (Blood test required if resides in Chicago.) | | | | |
| TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. No test needed ... Test performed ... | | | | |
| Skin Test: | Date Read | / / | Result: Positive ... Negative ... | mm _____ |
| Blood Test: | Date Reported | / / | Result: Positive ... Negative ... | Value _____ |

| LAB TESTS (Recommended) | Date | Results | Date | Results |
|--------------------------|------|---------|------|------------------------------|
| Hemoglobin or Hematocrit | | | | Sickle Cell (when indicated) |
| Urinalysis | | | | Developmental Screening Tool |

| SYSTEM REVIEW | Normal | Comments/Follow-up/Needs | Normal | Comments/Follow-up/Needs |
|--------------------|--------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Skin | | | Endocrine | |
| Ears | | | Gastrointestinal | |
| Eyes | | Amblyopia Yes... No... | Genito-Urinary | LMP |
| Nose | | | Neurological | |
| Throat | | | Musculoskeletal | |
| Mouth/Dental | | | Spinal Exam | |
| Cardiovascular/HTN | | | Nutritional status | |
| Respiratory | | ... Diagnosis of Asthma | Mental Health | |

Currently Prescribed Asthma Medication:
 ... Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Antagonist)
 ... Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)

| | |
|---|-----------------------------------|
| NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting | DIETARY Needs/Restrictions |
|---|-----------------------------------|

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
 If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ... Nurse ... Teacher ... Counselor ... Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g. ,seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
Yes ... No ... If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified please attach explanation.)

PHYSICAL EDUCATION Yes ... No ... Modified ... **INTERSCHOLASTIC SPORTS** (for one year) Yes ... No ... Limited ...

| | | | |
|------------|------------------|-----------|------|
| Print Name | (MD,DO, APN, PA) | Signature | Date |
| Address | | Phone | |

(Complete Both Sides)