

FORMULARIO DE EVALUACIÓN GENERAL DE SALUD

Regresar a BEEP al

Completado por el

médico.

beepreschool1@gmail.com

PADRE

Por favor complete, feche y FIRME.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: Ninguna O Enumere los alimentos/medicamentos: _____Dieta: Amamantada Edad apropiada. Describa específicamente: _____Protección de la piel: Se pueden aplicar protectores solares o cremas según lo soliciten los padres por escrito, a menos que la piel esté lastimada o sangre.

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

Yo, _____, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi hijo comparta esta información.

Formulario y los documentos adjuntos correspondientes con la escuela, guardería o campamento de mi hijo/a. Información de contacto de la persona que recibirá este formulario:

Nombre: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA

Complete después de haber completado la sección para padres.

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 Lista: _____

Se requiere un formulario de autorización de medicamentos por separado (enlace) para los medicamentos administrados en la escuela, la guardería o el campamento.

Dieta actual: Amamantada Edad apropiada Descripción especial: _____

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

Preocupaciones de salud: Alergias graves Asma Convulsiones Diabetes Hospitalizaciones Preocupaciones de comportamiento Retraso en el desarrollo Visión Audición Salud bucal Bajo peso Sobrepeso Otros: _____

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

Vacunas: Consulte el registro de vacunación adjunto o el formulario de exención oficial. Próxima fecha de vacunación: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA

Por favor, complete si corresponde. Esta información es requerida por Early Head Start y Programas Head Start según el cronograma EPSDT del estado.

Altura: _____ 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: Visión: Normal Anormal Audición: Normal Anormal Salud bucal: Normal Anormal Prueba de desarrollo: ASQ PEDS Otro: _____

Preocupaciones de desarrollo: _____ Seguimiento recomendado: _____

FIRMA DEL PROVEEDOR

Próxima visita de control: según las pautas de la AAP¹ o edad: _____Este niño está sano y puede participar en todas las actividades de rutina.
actividades en la escuela, guardería o campamento. Cualquier inquietud o
Las excepciones se identifican en este formulario.

Firma del proveedor de atención médica (formulario de certificación revisado)

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 los 3 años.

SELLO DE OFICINA

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