

Reporte Medico para Niños

Nombre de niño _____ fecha de nacimiento _____
Nombre de Padre o Guardián _____
Dirección de Padre o Guardián _____

A. Historia Medical (Completo por Padres)

1. ¿Su niño tiene alergías? No ___ Si ___ ¿Cuales son? _____

2. ¿Su niño actualmente esta bajo el cuidado de un doctor? No ___ Si ___ ¿Por cuales razones? _____

3. Su niño esta tomando medicinas que continúan? No ___ Si ___ Para cual enfermedad? _____

4. ¿Alguna internación u operaciones anteriores? No ___ Si ___ ¿Cuando y para que? _____

5. ¿Cualquier historia de enfermedades anteriores significativas o enfermedad recurrente? No ___ Si _____

Diabetes No ___ Si ___; Convulsiones No ___ Si ___; ¿Problemas con el Corazón? No ___ Si ___; Asma No ___ Si ___. ¿Si otros, cuales/cuando? _____

6. Su niño tiene incapacidades físicas: No ___ Si ___ Si contesta que si, favor de explicar: _____

¿Incapacidades mental? No ___ Si ___ Si contesta que si, favor de explicar: _____

Firma de Padre/Guardián _____ **Fecha** _____
Dirección de Padre o Guardián _____

B. Reconocimiento Física: Este examen debe ser completado y debe ser firmado por un médico licenciado, su agente oficial actualmente aprobado por N. C. La tabla de Médicos encargados de los análisis (o una tabla comparable de estados contiguos), un enfermero certificado, o estándares sanitarios de reunión de enfermera DHHS para el programa de EPSDT.

Peso% _____ Altura _____%

Cabeza _____ Ojos _____ Oídos _____ Nariz _____

Dientes _____ Garganta _____ cuello _____

Corazón _____ Pecho _____ Abd/GU _____ Ext _____

Sistema neurológico _____ Piel _____ Vista _____ audición _____

Resultados de Prueba de Tuberculina, si dado: Tipo _____ fecha _____

Normal _____ Anormal _____ cita que

sigue _____

Evaluación de desarrollo: demorado _____ apropiada para la edad _____

Si demorado, note lo significado y el cuidado especial necesario; _____

¿Necesita actividades limitadas? No ___ Si ___ Si contesta que si, favor de explicar: _____

Otras recomendaciones: _____

Fecha de reconocimiento médico: _____

Firma de examinador/título _____ **teléfono** _____