

**INFORMACIÓN DE LA SALUD (Requerido antes de la junta Nivel I)**

**Contacto con Padre**

Estudiante/ID # \_\_\_\_\_

Miembro hacienda Referencia/Posición \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Nota: LA ENFERMERA TIENE 5 DIAS DE TRABAJO PAR COMPLETAR ESTA FORMA**

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ RN \_\_\_\_\_ LVN \_\_\_\_\_ FECHA RECIVIDO \_\_\_\_\_

<b>ESTUDIANTES DE HEAD START: Complete Secciones III &amp; IV y adjunte HS Forma Físico &amp; Registro de Salud</b>	<p><b>I EXAMEN DE SALUD</b>                  Estudiante: _____ DOB _____                  Altura _____ Peso _____ FOC _____ B/P _____ BMI _____</p> <p><b>II VISION &amp; OIR</b>                  Agudeza visual/Distancia: _____                  Resultados con/sin lentes: der. 20/ _____ izq. 20/ _____                  Resultados con lentes: der. 20/ _____ izq. 20/ _____                  RESULTADOS: _____ Pasa _____ Fecha No Pasa: _____                  Agudeza visual cerca: _____                  RESULTADOS: _____ Pasa _____ Fecha No Pasa: _____</p> <p>TYP0 de Examen de Oír: _____ Audiometría Sweep                  _____ Audiometría Threshold _____ Otra _____                  RESULTADOS: _____ Pasa _____ Fecha No Pasa: _____                  Persona conduciendo el examen: _____                  Posición: _____</p> <p><b>III HISTORIAL DE EMBARAZO</b>                  Edad de madre al nacer el estudiante: _____                  Presencia de lo siguiente durante el embarazo:                  1. Sangrado _____ Sí _____ No                  2. Rayos-X _____ Sí _____ No                  3. Enfermedad _____ Sí _____ No                  Especificar: _____                  4. Medicamentos: _____ Sí _____ No                  5. Diabetes: _____ Sí _____ No                  6. Accidentes: _____ Sí _____ No                  7. Cirugía: _____ Sí _____ No                  Termino completo _____ Prematuro _____                  ¿Hubo problema antes, durante o inmediatamente después del nacimiento? _____ Sí _____ No</p> <p><b>IV. HISTORIAL DE DESARROLLO</b>                  Se sentó a _____ meses, Camino a _____ meses                  Habló a _____ meses                  Comparado con hermanos, hermanas, u otros niños de su misma edad:                  _____ Casi igual _____ Más lento _____ Más rápido Hay                  ¿Hay alguien en la familia que tenga condiciones similares a las del estudiante? _____ Sí _____ No</p>	<p><b>IV HISTORIAL DE DESARROLLO(continua)</b>                  ¿Hay alguien en la familia tiene condiciones similares a los del estudiante? _____ Sí _____ No                  Hay historial en la familia de:                  Desordenes de aprendizaje _____ Sí _____ No                  Retrazo Mental _____ Sí _____ No                  Enfermedad emocional _____ Sí _____ No                  Autismo _____ Sí _____ No Abuso de Sustancia _____ Sí _____ No</p> <p><b>V. SALUD GENERAL &amp; HISTORIAL MÉDICO</b>                  Brevemente describa cualquier enfermedad seria, accidente, u hospitalización que el alumno haya tenido.                  _____                  _____                  _____                  _____</p> <p>¿Tiene su hijo/a problemas físicos o de salud?                  _____ Sí _____ No Por favor explique: _____                  _____</p> <p>¿Está su hijo/a bajo el cuidado de un medico?                  _____ Sí _____ No Si Sí, por favor explique: _____                  _____</p> <p>¿Está su hijo/a tomando medicamento? _____ Sí _____ No                  ¿Algún medicamento de largo termino? _____ Sí _____ No                  Si Sí, por favor explique: : _____                  _____</p> <p>¿Aparenta su hijo tener algún efecto secundario del medicamento? _____ Sí _____ No                  Si Sí, por favor explique: _____                  _____</p> <p><b>VI. MAS EXAMENES</b>                  Como resultado del examen de salud, hay indicación de la necesidad de mas exámenes para visión, oír, o salud general? Si Sí, por favor explique el problema o preocupación: _____                  _____                  _____                  _____</p>
	Completado por: _____ Titulo: _____ Fecha: _____	

**Nota – Proceso de referencia debe ser detenido si exámenes adicionales son requeridos.**