



**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: \_\_\_\_\_