

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN / SALUD DEL ESTADO DE ARKANSAS
HISTORIA DE LA SALUD
DESARROLLADO POR UN COMITÉ DEL CONSEJO DE ACCESO DE CUIDADO DE LA SALUD DE ARKANSAS

NOTA: Para ser completado por el padre / tutor del estudiante de Kínder antes de la evaluación del examen físico / enfermería (en letra de imprenta).

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| Estudiante(Apellido, Nombre, Segundo nombre) | Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) / / | Escuela | Numero de Medicaid Doctor de Medicaid |
| Nombre de padre/tutor (Masculino) | Teléfono | Nombre de padre/tutor (Femenino) | Teléfono |
| Nombre de doctor y dirección (Si no tiene doctor regular, escribir "Ninguno") | | | Teléfono |
| Nombre de dentista y dirección (Si no tiene dentista regular, escribir "Ninguno") | | | Teléfono |
| Otro recurso(s) del cual el estudiante recibe cuidado de salud (Si ninguno, escriba "Ninguno") | | | Teléfono |
| Nombre y dirección de seguridad privada: | | | |
| Para ser completado por el padre/guardián (por favor circule uno): | | | |
| 1. Su hijo/a pone atención cuando alguien le lee? | Sí | No | |
| 2. Puede su hijo/a jugar calladito por más de ½ hora? | Si | No | |
| 3. Su hijo/a le hace caso a los adultos y puede seguir las instrucciones? | Sí | No | |
| 4. Su hijo/a habla lo suficientemente claro para que otros lo puedan entender? | Sí | No | |
| 5. Tiene su hijo/a problemas para hablar (tartamudeo, tardado en hablar)? | Sí | No | |
| 6. Se opone su hijo/a a quedarse con la niñera? | Sí | No | |
| 7. Se puede vestir su hijo/a sin ayuda? | Si | No | |
| 8. Se hace su hijo/a en el pantalón durante el día? | Si | No | |
| 9. Tiene alguna preocupación acerca de la salud en general (hábitos de comer Y dormir, intestinal o de la vejiga, la postura, los dientes, la piel, el peso, etc.)? | Sí | No | |

| | | |
|---|----|----|
| 10. Tiene su hijo/a problemas con los ojos (dificulta para ver, ojos cruzados, enrojecimiento frecuente u ojos llorosos, usa anteojos o lentes de contacto)? | Sí | No |
| 11. Tiene su hijo/a problemas con los oídos (frecuente dolor de oído, dificultad para escuchar, drenaje en el oído, usa aparato para el oído, etc.)? | Sí | No |
| 12. Tiene su hijo/a alergias (comida, insectos, medicina, polen, etc.)? | Si | No |
| 13. Tiene su hijo/a alguna enfermedad específica que en su opinión pudiera afectar su rendimiento o programa escolar? | Si | No |
| a) Ha recibido su hijo/a cualquier evaluación médica u otra cuyos resultados podrían ayudar a personal de la escuela en el cumplimiento de sus necesidades de salud o educativas? | Si | No |
| b) Este problema requiere algún cuidado de salud en la escuela? | Sí | No |
| c) Toma algún medicamento su hijo/a? | Sí | No |
| 14. Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento del desarrollo de su hijo/a o el bienestar emocional del cual la escuela debe ser consciente? | Sí | No |

Si su respuesta es **SI** a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, describa debajo el problema o preocupación que tenga:

| Numero de Pregunta | Descripción |
|--------------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

La información en este formulario puede ser compartida con el personal apropiado para propósitos de salud y educativos

Firma de padres_____ Fecha_____