

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 parent/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?	Sí	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?	Sí	No	
8. Se hace su hijo/a en el pantalón durante el día?	Sí	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.)?	Sí	No
13.	Tiene su hijo/a alguna enfermedad específica que en su opinión pudiera afectar su rendimiento o programa escolar?	Sí	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?	Sí	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 _____