



Agosto 2017

EVALUACION DE SALUD EN CAROLINA DEL NORTE

Esta forma y la información contenida en ella será mantenida en los archivos de la escuela. Esta información es confidencial.

(Approved by North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services)

LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Estudiante:

(Apellidos)

(Primer nombre)

(Segundo Nombre)

M F

Nació (fecha) (Mes/Día/año):

Nombre de la Escuela:

Hispanic/Latino:

1 SI 2 NO

Raza:

- 1 No Blanco (Otro)
- 2 Blanco
- 3 Afro-Americano
- 4 Indio Americano
- 5 Chino

- 6 Japonés
- 7 Hawaiano
- 8 Filipino
- 9 Asiático (Otro)
- 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado:

Información de los Padres/Guardián o persona que le cuida.

Teléfono:

Casa (Home):

Trabajo (Work):

Celular (Cell Phone):

Información de Problemas de Salud para el conocimiento de personas autorizadas (Administradores, maestros y otro personal que necesite saber esta información):

EL PROFESIONAL DE SALUD COMPLETA ESTA SECCION

Medicamentos prescritos al estudiante:

Alergias y respuesta requerida:

Dieta especial:

Recomendaciones de Salud para mejorar el rendimiento del estudiante:

Examen de Visión: Pasó el Examen

SI NO Posibles Problemas





Agosto 2017

Información de la Evaluación de Audición.

Pasó la Evaluación de Audición: SI NO

Preocupaciones relacionadas con la audición del estudiante:

Recomendaciones, preocupaciones, necesidades de salud del estudiante y seguimiento:

La Escuela tiene que hacer seguimiento **SI** **NO**

Comentarios por parte del Profesional de Salud:

Incluya otras formas de salud:

- Registro de Vacunación:
- Autorización para dar medicamentos:
- Plan de cuidado (Diabetes):
- Plan de Acción (Asma-Asthma):
- Plan de Cuidado para otras condiciones:

Certificación por parte del Profesional de Salud

Yo certifico que he realizado una evaluación de salud en el estudiante arriba mencionado de acuerdo a los requerimientos G.S. 130ª-440(b), que incluye historial médico y examinación física, incluyendo exámenes de visión y audición y si es adecuado, exámenes de anemia y tuberculosis. Certifico que la información en esta forma es correcta y completa a mi mejor saber.

Nombre (Name):

Título (Title):

Firma (Signature): _____

Fecha (Date) (m/d/yyyy):

Nombre de la Clínica o Consultorio:

Dirección de la Clínica:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

