

Evaluación de Salud del Niño/a
Favor de Escribir Claramente
(Sólo un niño/a en esta página)

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: (mes/día/año) _____

Marque Todo lo que Aplique

¿Tiene su niño/a alguna alergia conocida o sensibilidades a:

No Si En caso de que si, favor de listar:

Medicinas? _____

Comidas? _____

Otro? _____

Enfermedades o Condiciones Médicas

¿Tiene su niño/a algo de lo siguiente?

	No	Si		No	Si
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques Repentinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impedimentos Físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Comportamiento o Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:		

Favor de compartir información de salud adicional o instrucciones especiales que usted sienta que debemos saber:

Escriba cualquier medicina regular que su niño/a tome: _____

El nombre del Proveedor Medico del niño/a: _____

Firma de uno de los Padre de Familia o Tutor

____/____/_____
Fecha

Esta forma debe llenarse por cada niño/a registrado, al igual que revisarse y actualizarse **anualmente** por uno de los padres/tutores.

Fecha de revisión/actualización: ____/____/____ Padre de Familia/Tutor: _____

Fecha de revisión/actualización: ____/____/____ Padre de Familia/Tutor: _____

Fecha de revisión/actualización: ____/____/____ Padre de Familia/Tutor: _____

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.

