

# Reporte Medico para Niños

Nombre de niño \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre o Guardián \_\_\_\_\_  
Dirección de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

## A. Historia Medical (Completo por Padres)

1. ¿Su niño tiene alergías? No \_\_\_ Si \_\_\_ ¿Cuales son? \_\_\_\_\_

2. ¿Su niño actualmente esta bajo el cuidado de un doctor? No \_\_\_ Si \_\_\_ ¿Por cuales razones? \_\_\_\_\_

3. Su niño esta tomando medicinas que continúan? No \_\_\_ Si \_\_\_ Para cual enfermedad? \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna internación u operaciones anteriores? No \_\_\_ Si \_\_\_ ¿Cuando y para que? \_\_\_\_\_

5. ¿Cualquier historia de enfermedades anteriores significativas o enfermedad recurrente? No \_\_\_  
Si \_\_\_\_\_

Diabetes No \_\_\_ Si \_\_\_; Convulsiones No \_\_\_ Si \_\_\_; ¿Problemas con el Corazón? No \_\_\_ Si \_\_\_;  
Asma No \_\_\_ Si \_\_\_. ¿Si otros, cuales/cuando? \_\_\_\_\_

6. Su niño tiene incapacidades físicas: No \_\_\_ Si \_\_\_ Si contesta que si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Incapacidades mental? No \_\_\_ Si \_\_\_ Si contesta que si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Firma de Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Dirección de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

**B. Reconocimiento Física:** Este examen debe ser completado y debe ser firmado por un médico licenciado, su agente oficial actualmente aprobado por N. C. La tabla de Médicos encargados de los análisis (o una tabla comparable de estados contiguos), un enfermero certificado, o estándares sanitarios de reunión de enfermera DHHS para el programa de EPSDT.

Peso% \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_%

Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Oídos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_  
Dientes \_\_\_\_\_ Garganta \_\_\_\_\_ cuello \_\_\_\_\_  
Corazón \_\_\_\_\_ Pecho \_\_\_\_\_ Abd/GU \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

Sistema neurológico \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Vista \_\_\_\_\_ audición \_\_\_\_\_

Resultados de Prueba de Tuberculina, si dado: Tipo \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ cita que

sigue \_\_\_\_\_

Evaluación de desarrollo: demorado \_\_\_\_\_ apropiada para la edad \_\_\_\_\_

Si demorado, note lo significado y el cuidado especial necesario; \_\_\_\_\_

¿Necesita actividades limitadas? No \_\_\_ Si \_\_\_ Si contesta que si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_

**Fecha de reconocimiento médico:** \_\_\_\_\_

**Firma de examinador/título** \_\_\_\_\_ **teléfono** \_\_\_\_\_

# Children's Medical Report

Name of Child \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian \_\_\_\_\_

Address of Parent of Guardian \_\_\_\_\_

**A. Medical History** (May be completed by parent)

1. Is child allergic to anything? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, what? \_\_\_\_\_

2. Is child currently under a doctor's care? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, for what reason? \_\_\_\_\_

3. Is the child on any continuous medication? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, what? \_\_\_\_\_

4. Any previous hospitalizations or operations? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, when and for what? \_\_\_\_\_

5. Any history of significant previous diseases or recurrent illness? No\_\_\_ Yes\_\_\_ ; diabetes No\_\_\_ Yes\_\_\_ ;  
convulsions No\_\_\_ Yes\_\_\_ ; heart trouble No\_\_\_ Yes\_\_\_ ; asthma No\_\_\_ Yes\_\_\_ .  
If others, what/when? \_\_\_\_\_

6. Does the child have any physical disabilities: No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Any mental disabilities? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, please describe: \_\_\_\_\_

**Signature of Parent or Guardian** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**B. Physical Examination:** This examination must be completed and signed by a licensed physician, his authorized agent currently approved by the N. C. Board of Medical Examiners (or a comparable board from bordering states), a certified nurse practitioner, or a public health nurse meeting DHHS standards for EPSDT program.

Height \_\_\_\_\_% Weight \_\_\_\_\_%

Head \_\_\_\_\_ Eyes \_\_\_\_\_ Ears \_\_\_\_\_ Nose \_\_\_\_\_ Teeth \_\_\_\_\_ Throat \_\_\_\_\_

Neck \_\_\_\_\_ Heart \_\_\_\_\_ Chest \_\_\_\_\_ Abd/GU \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

Neurological System \_\_\_\_\_ Skin \_\_\_\_\_ Vision \_\_\_\_\_ Hearing \_\_\_\_\_

Results of Tuberculin Test, if given: Type \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_ Abnormal \_\_\_ followup \_\_\_\_\_

Developmental Evaluation: delayed \_\_\_\_\_ age appropriate \_\_\_\_\_

If delay, note significance and special care needed; \_\_\_\_\_

Should activities be limited? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, explain: \_\_\_\_\_

Any other recommendations: \_\_\_\_\_

**Date of Examination** \_\_\_\_\_

**Signature of authorized examiner/title** \_\_\_\_\_ **Phone #** \_\_\_\_\_