



Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre do los padres ó representantes: _____

Dirección de los padres ó representantes: _____

Historial médico (debe ser llenado por los padres o representantes)

1. ¿El niño es alérgico No ___ Si __, a qué? Y cuál es la reacción? _____

2. ¿El niño está bajo el cuidado de un doctor? No ___ Si __, por qué razón? _____

3. ¿El niño toma continuamente una medicina? No ___ Si __, cual? _____
4. ¿El niño ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operación? No ___ Si __, cuándo y por qué? _____

5. ¿El niño ha tenido una enfermedad muy grave ó recurrente en el pasado? No ___ Si __;
Diabetes: si ___ no___ Convulsión si___ no___ Problemas del corazón si ___ no ___;
Si hay otros, cual y cuando? _____

6. ¿El niño tuene alguna incapacidad física? No ___ Si __, por favor describa _____

7. ¿El niño tiene alguna incapacidad mental? No ___ Si __, por favor describa _____

Firma del padre ó representante

fecha

Physical examination: this examination must be completed and signed by a licensed physician, his authorized agent currently approved by the NC board of Medical Examiners (or a comparable board from bordering states), a certified nurse practitioner or a public health nurse meeting DEHNR standards for EPSDT program.

Height _____ Weight _____

Head _____ Eyes _____ Ears _____ Nose _____

Teeth _____ Throat _____ Neck _____ Heart _____

Chest _____ ABD/GU _____ Ext _____ Skin _____

Neurological systems _____

Results of Tuberculin test, if given: Type _____ date _____ normal _____ abnormal _____

Should activities be limited? No ___ Yes ___ if yes, explain: _____

Any other recommendations: _____

Date of examination _____

Signature of authorized examiner/title _____ phone # _____