

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____			Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
---	--	--	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO - PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad.)			
¿Tiene diagnóstico de asma?	Si	No	¿Tiene pérdida de Funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Si	No	
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Si	No	¿Ha sido hospitalizado?	Si	No	
¿Tiene defectos de nacimiento?	Si	No	¿Cuándo? ¿Por Qué?			
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Si	No	¿Ha atendido cirugía? (anótelas todas)	Si	No	
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Si	No	¿Cuándo? ¿Para Qué?			
¿Tiene diabetes?	Si	No	¿Ha tendido heridas graves o enfermedades?	Si	No	
¿Tiene heridas en la cabeza / golpe / desmayo?	Si	No	¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Si*	No	*Si contestó sí, refiera al departamento de salud local
¿Tiene convulsiones? ¿Cómo se manifiestan?	Si	No	¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Si*	No	
¿Tiene problemas cardiacos / No respira bien?	Si	No	¿Usa tabaco (tipo, Frecuencia)?	Si	No	
¿Tiene soplo en corazón / presión arterial alta?	Si	No	¿Toma alcohol / drogas?	Si	No	
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Si	No	¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años ? (¿Causa?)	Si	No	
¿Problemas con los Ojos? Lentes ... Lentes de Contacto ... Último Examen _____			Dental ... Ganchos ... Punte ... Placas Otro			
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)						
¿Tiene problemas de oídos / No oye bien?	Si	No	La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.			
¿Tiene problemas de los huesos / articulaciones / heridas / escoliosis?	Si	No	Firma del Padre/Tutor	Fecha		

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA
HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old **HEIGHT** **WEIGHT** **BMI** **B/P**

DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) **BMI > 85% age/sex** Yes... No... And any two of the following: **Family History** Yes... No...
Ethnic Minority Yes... No... **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes... No... **At Risk** Yes... No

LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten.

Questionnaire Administered? Yes... No... **Blood Test Indicated?** Yes... No... **Blood Test Date** _____ (Blood test required if resides in Chicago.)

TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. **No test needed** ... **Test performed** ...

Skin Test: Date Read / / Result: Positive ... Negative ... mm _____

Blood Test: Date Reported / / Result: Positive ... Negative ... Value _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes		Amblyopia Yes... No...	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		... Diagnosis of Asthma	Mental Health	
Currently Prescribed Asthma Medication: ... Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Antagonist) ... Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			Other	

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting **DIETARY** Needs/Restrictions

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
 If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ... Nurse ... Teacher ... Counselor ... Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g. seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
 Yes... No... If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in **PHYSICAL EDUCATION** Yes... No... Modified... (If No or Modified please attach explanation.)

INTERSCHOLASTIC SPORTS (for one year) Yes... No... Limited...

Signature	Date
Phone	

Mundelein Pediatrics, S.C.

Drs: A. Avila, R. Malloy, J. Devaney, M. Farhadiel,
 S. Mann, K. Kallwitz, J. Messinger A.P.N., P.N.P.,
 T. Mandelman A.P.N., P.N.P.
 1170 E. Belvidere Rd. Suite 106 Grayslake, IL 60030
 Phone: (847)548-7337 Fax: (847)548-9909

(Sign on Both Sides)