

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)	Sí No	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad)	Sí No
¿Tiene diagnóstico de asma? ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí No		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí No
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí No		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí No		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí No
¿Tiene diabetes?	Sí No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí No
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí No
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí No
¿Tiene problemas cardíacos/No respira bien?	Sí No		¿Toma alcohol/drogas?	Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí No		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí No			
¿Problemas con los ojos/visión? Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen _____			Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro	
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)				
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?	Sí 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?	Sí 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> And any two of the following: Family History Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Ethnic Minority Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> At Risk Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)				
Questionnaire Administered? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Blood Test Indicated? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Blood Test Date	Result	
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. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm .				
No test needed <input type="checkbox"/>	Test performed <input type="checkbox"/>	Skin Test: Date Read / /	Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>	mm _____
		Blood Test: Date Reported / /	Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>	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		Screening Result:	Gastrointestinal	
Eyes		Screening Result:	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> 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 _____ (If No or Modified please attach explanation.)
PHYSICAL EDUCATION Yes No Modified INTERSCHOLASTIC SPORTS Yes No Modified

Mundelein Pediatrics, S.C. (MD,DO, APN, PA) Signature _____ Date _____
Drs: J. Devaney, S. Mann, K. Kallwitz, K. Seskiewicz, J. Messinger A.P.N., P.N.P., M. Mjukian A.P.N., P.N.P., Molly Freely A.P.N., P.N.P.
1170 E. Belvidere Rd. Suite 106 Grayslake, IL 60030
Phone: (847)-548-7337 Fax: (847) 548-9909