

| | | | | | | |
|----------|--------|---------|--|------|---------|----------------------|
| 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Anótelas todas: | MEDICINAS (Anoté todas las recetadas o tomadas con regularidad) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene diagnóstico de asthma? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Despierta el niño tosiendo en la noche? | ¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene defectos de nacimiento? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene retrasos del desarrollo? | ¿Ha sido hospitalizado? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene diabetes? | ¿Cuándo? ¿Para qué? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene diabetes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo? | ¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien? | ¿Cuándo? ¿Para qué? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios? | ¿Ha tenido heridas graves o enfermedades? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Problemas con los ojos/visión? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen <input type="checkbox"/> | ¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | ¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee) | ¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | ¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | ¿Toma alcohol/drogas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | ¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro | |
| | | | La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación. | |
| | | | 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. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

Questionnaire Administered? Yes No **Blood Test Indicated?** Yes No **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 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 | | 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: | | | Other | |
| <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid) | | | | |

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.

J. Devaney MD, K. Kallwitz MD, K. Sesikiewicz MD,
D. Trew MD, H. Kramer MD, M. Slavik, DO,
J. Messinger A.P.N., P.N.P, M. Mjukian A.P.N., P.N.P.
1170 E. Belvidere Rd. Suite 106 Grayslake, IL 60030
Phone: (847)-548-7337 Fax: (847) 548-9909

(MD,DO, APN, PA) Signature

Date

Phone