

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 # _____

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 alegáis? 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 _____ apropia para la edad _____
Si demorado, note lo significado y el cuidado especial necesario; _____

¿Necesita actividades limitados? No ___ Si ___ Si contesta que si, favor de explicar: _____

Otras recomendaciones: _____

Fecha de reconocimiento médico: _____

Firma de examinador/título _____

télefono _____