

Reporte Médico Infantil / Children's Medical Report

Name of Child _____

Birthdate _____

Nombre del Niño/a

Fecha de Nacimiento

Name of Parent or Guardian _____

Nombre del Padre o Tutor Legal

Address of Parent or Guardian _____

Domicilio de Padre o Tutor Legal

Medical History (Parent fills out this portion)

Historial Médico (Padres puede llenar esta porción)

1. **¿Su niño/a es alérgico a algo?** No Si Si si, ¿A que es alérgico su niño/a? _____
Is your child allergic to anything?
2. **¿Su niño/a está bajo el cuidado de algún medico?** No Si Si si, ¿por qué razón? _____
Is child currently under a doctor's care?
3. **¿Está su niño bajo medicamento continuo?** No Si Si si, ¿qué medicamento está tomando? _____
Is child on any continuous medication?
4. **¿Su niño ha tenido hospitalizaciones u operaciones?** No Si Si si, ¿cuándo y por qué motivo? _____
Any previous hospitalizations or operations?
5. **¿Algun historial de enfermedades serias o recurrente?** No Si;
 Diabetes Convulsiones Problemas del Corazon Asma Otras: _____
(heart trouble) (Asthma) (Others)
6. **¿Su niño/a tiene alguna discapacidad física?** No Si Si si, describa: _____
Does child have any physical disabilities?
7. **¿Su niño tiene alguna discapacidad mental?** No Si Si si, describa: _____
Does child have any mental disabilities?

Firma del Padre o Tutor Legal _____ Fecha _____

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 Follow -up

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 # _____