

Historia familiar

Liste por favor primero y el apellido de los miembros de la familia de todo el niño inclusive padres y hermanos.

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	La salud concierne	¿Asistir lo que educa?
1				
2				
3				
4				
5				

Perinatal History

¿Tuvo la madre enfermedad excepcional, física o emocional durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Sí, explica brevemente.
¿Qué edad fue la madre Cuando el niño nació? _____ ¿Da a luz a Peso? _____L. _____Oz. Fue el niño nacido: <input type="checkbox"/> Término lleno <input type="checkbox"/> Temprano <input type="checkbox"/> Tarde
¿Tuvo el niño cualquier enfermedad o los problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Si, explica brevemente.

Historia de desarrollo

Dé por favor la edad aproximada en que este niño: Andado sólo _____ Habló en una oración _____
El lavabo entrenó _____ Ser vestido _____
¿Cómo compara el desarrollo de su niño a otros niños, (los hermanos, las hermanas, los compañeros)? <input type="checkbox"/> Acerca del mismo <input type="checkbox"/> Demorado <input type="checkbox"/> Avanzado

Alergias

Liste por favor y describa alergias o reacciones.

Medicinas/endroga
El alimento/planta/animales
El tratamiento recomendado si alergia es severa

Las heridas, Enfermedades & las Internaciones

Liste por favor alguna herida severa, enfermedades o internaciones inclusive paciente hospitalizado y paciente externo procedimientos quirúrgicos.

Las heridas/enfermedad/la internación	Fecha	Edad	Si internado, explica por favor

Información de medicina

Describa por favor cualquier medicina, prescrito o sobre el mostrador, que su niño toma diario o con frecuencia* la Administración de Medicina en formas de Escuela disponibles al colegio o www.norwoodschools.org en línea bajo la Salud de la Escuela (School Health).

El nombre de Medicina	¿Para qué es tomada la medicina?	¿Cuán con frecuencia?	¿A qué hora tomado?

La salud Condiciona

Verifique por favor alguna condición médica que el niño tiene actualmente o ha tenido en el pasado:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La curvatura espinal anormal (Escoliosis) | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Alergias/polinosis
Alérgico a: _____ | <input type="checkbox"/> Positivo de VIH |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Reacción anafiláctica | <input type="checkbox"/> Reemplazo de conjunto/válvula |
| <input type="checkbox"/> Asma o resollar | <input type="checkbox"/> Arthritis juvenil |
| <input type="checkbox"/> El desorden del déficit de la atención (ADD) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema de conducta | <input type="checkbox"/> la exposición al plomo (PB nivel y fecha) |
| <input type="checkbox"/> Dé a luz a o malformación Congénita | <input type="checkbox"/> El sarampión (10 día) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer tipo _____ | <input type="checkbox"/> Meningitis o Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Viruela de pollo cuando _____ | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Diarrea o estreñimiento crónicos | <input type="checkbox"/> Mutismo |
| <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas de oreja | <input type="checkbox"/> cerca de punto de ahogarse/asfixia |
| <input type="checkbox"/> Concierna acerca de relación con hermanos/amigos | <input type="checkbox"/> Sacudidas o tics nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis cística | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Envenenamiento |
| <input type="checkbox"/> La piel eczema/crónico condiciona | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Desorden de toma o Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Los problemas del ojo, visión pobre | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula de hoz |
| <input type="checkbox"/> Frecuente dolores de cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Dificultades de discurso |
| <input type="checkbox"/> Frecuente gargantas adoloridas | <input type="checkbox"/> Cagarse en los pantalones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca tipo _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas o problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias de tracto |
| <input type="checkbox"/> Otro _____
(noche) | <input type="checkbox"/> El control de la vesícula(el día o la |

Historia conductista

El niño está generalmente: Muy active Normalmente activo Bastante inactivo

¿Jamás ha sido su niño violento o representó en la manera siguiente hacia adultos o niños?

Golpear Patear Morder Luchar Rasguñar

¿Tiene cualquier preocupación acerca de cómo su niño se lleva bien con a otros niños?

Sí No Si Sí, explica brevemente. _____

Agregue por favor cualquier comentario o las preocupaciones que usted tiene acerca de la salud de su niño, acerca del desarrollo, acerca de la conducta, acerca de la familia, o acerca de la vida de familia de que usted querría la escuela para estar consciente. _____

¿Es matriculado este estudiante en el curso especial de la educación? Sí No

2011-12 Año escolar

Para entrar Jardín de la infancia, el niño debe tener: 5 DPT; 4 Polio; 3 HBV; 2 MMR; 2 Varicella

La evidencia de inmunización debe ser recibida sobre la matrícula para el Kindergarten.

INMUNIZACIONES					
TIPO	FECHA Mes/día/año				
DTaP DPT or DT *					
DT/Td					
POLIO **					
MMR					
HEPATITIS B (HBV)					
VARICELLA ****					
HIB (prior to age 5 only)					
TUBERCULIN TEST***					
ROTAVIRUS (given@ 2-4-6 mos., not after 12 months)					
OTHER					

* El requisito de 5 DTaPs si la cuarta dosis fue dada antes que los cuartos cumpleaños sólo aplicarán a estudiantes que entran kindergarten. 7-8 debe tener Tdap o motor auxiliar de propulsión de PD

** El requisito de 4 dosis de cualquier combinación de OPV o IPV, la dosis final debe ser administrada en o después de los cumpleaños cuartos a pesar del número de anterior.

*** Sólo estudiantes que son de, o han viajado alto arriesgarse países deben tener tuberculosis que prueba dentro de noventa (90) días.

**** K-1 debe tener dos dosis de varicela; Gr 2-5 deben tener una dosis de varicela administrada en o después de primero cumpleaños.

Firma de cría/guardián: _____ Fecha: _____

KMS 2.15.11