

Jasper County Preschool

Examen físico

Nombre del niño: _____ Fecha del examen físico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Visita periódica	1	2	4	6	9	12	15	18	24	30	3	4	5
del CHDP de:	Mes	Meses	Años	Años	Años								

Evaluación del factor de riesgo de tuberculosis: No se presentan factores de riesgo; la prueba de tuberculosis no es necesaria

Hematocrito/ Hemoglobina 9 meses 2, 3, 4 años	Fecha:	Resultados:	Anemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suplemento de hierro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Blood Lead Test: 12 and 24 Month If no record, perform	Fecha:	Resultados:	Presión arterial:	Fecha:	Resultados: ___ / ___
Prueba de tuberculosis	Fecha en que se dio:	Fecha en que se leyó:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	Fecha de radiografía del pecho:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Estatura: (%)	Peso: (%)	Índice de masa corporal:		Circunferencia de la cabeza:	

Visión: Derecho – 20/ _____ Izquierdo – 20/ _____ Estrabismo: Pasó No pasó Audición: Pasó No pasó

Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó	Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó
Orientación temprana				ESí/Observación de la visión			
Postura/paso				Ears/Evaluación clínica			
Defectos de nacimientos				Evaluación del desarrollo			
Oídos, nariz y garganta				Evaluación de trastorno de espectro autista			
Convulsiones				Vigilancia del desarrollo			
Boca, dientes, dental, nutrición				Evaluación psicosocial y del comportamiento			
Corazón y pulmones				Destrezas de comunicación/ articulación			
Asma				Destrezas cognitivas			
Abdomen (hernia)				Evaluación de depresión materna			

¿Tiene la autorización para entrar al preescolar? Sí No

Anotar cualquier alergia o condiciones crónicas o especiales Ajustes: _____

Lista de medicamento necesario en la escuela (incluya el nombre y dosis del medicamento): _____

Proveedor (con letra de imprenta): _____ Firma: _____

Médico o nombre de la clínica: _____ No. de teléfono: _____

Dirección: _____