



The Center
Early Childhood Programs
Lake County School District R-1

315 West 6th Street
Leadville, CO 80461

Phone: 719 486-6925
Fax: 719 486-9992

Head Start, Colorado Preschool, Tuition-Based Preschool and School Age Programs, Services for Children with Special Needs

**Child's Health Record / Annual Physical Examination
2018-2019**

Child's Name: _____ Birth Date: _____ Sex: _____

I, parent or guardian of this child, give my permission to the healthcare provider listed at the bottom of this form to fax this medical form to The Center Early Childhood Programs and Lake County School District.

Parent or Guardian Signature _____ Date: _____

To Be Completed By Physician

Date of Physical Exam: _____

Age: _____ Yrs. _____ Mos.

Weight _____ Height _____ (no shoes) BP: _____

Date of Hb/Blood Lead Tests: _____

Hb level: _____ Blood lead level: _____

Immunizations Received Today (attach record):

Significant or Chronic Health Concerns:

TB (if at risk) _____

- Reactive airway disease Seizures
- Asthma Diabetes Severe Allergies
- Developmental Delays
- Vision Hearing Oral Decay

Currently prescribed medications and supplements:

Referrals made and recommended follow up:

Anticipatory guidance provided:

Date of next recommended well-child exam: _____

This child is healthy and may participate in all routines, activities, sports, camps, and child care. Any concerns or exceptions are identified on this form.

Signature of Health Care Provider: _____ **Date:** _____

Name of Health Care Clinic: _____

Address: _____ **Telephone Number:** _____

	Normal	Abnormal
General Appearance		
Posture, Gait		
Speech		
Head		
Skin		
Eyes (external aspects)		
Ears		
Nose, Mouth, Pharynx		
Teeth		
Heart		
Lungs		
Abdomen (including hernia)		
Bones, Joints, Muscles		
Glands (lymphatic, thyroid)		
Muscular Coordination		



Registro de Salud del Niño

**Examen Físico Anual/Cuidado del Niño Sano/Evaluación
2018-2019**

Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _____

Como padre o tutor legal de, _____,
doy mi permiso para que la información anterior en este formulario ser liberado a The Center Distrito Escolar de
Condado de Lake. Proveedor de salud de mi niño puede enviar por fax este formulario a mi proveedor de
cuidado de niños.

Firma del padre o tutor: _____

Debe ser Completado por el Médico

Fecha de Físico: _____

Edad actual: _____ años _____ meses

Peso (sin zapatos) _____ libras

Altura (sin zapatos) _____ pulgadas

Presión arterial: _____

Significativa problemas de salud:

TB (si en riesgo) _____

- Enfermedad reactiva respiratoria Convulsiones
- Asthma Diabético Alergias severas
- Retrasos en el desarrollo
- Visión Oído

Otras: preocupaciones dental, nutrición, comportamiento

Receta de fluoruro Si No

	Normal	Anormal
Apariencia general		
postura, Andar		
Discurso		
Cabeza		
Piel		
Aspectos externos de los ojos		
Orejas		
Nariz, Boca, Faringe		
Dientes		
Corazón		
Pulmones		
abdomen (incluyendo la hernia)		
Huesos, Coyunturas, Músculos		
Glándulas (Linfático, Tiroides)		
Coordinación muscular		

Dieta actual/medicamento/especiales _____

Este niño es saludable y puede participar en todas las rutinas, actividades, deportes, campamentos y cuidado de niños. Cualquier inquietud o excepciones están identificadas en este formulario.

Firma del proveedor de cuidado de la salud: _____ Fecha: _____

Fecha de la próxima examen de físico anual requerido:

Nombre de la clínica de cuidado de la salud: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____