



The Center

Early Childhood Programs
Lake County School District R-1

315 West 6th Street
Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928
Fax 719 486-9992

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

Examen Físico Anual de Head Start

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

Debe Ser Completado Por Medico:

Fecha de Examen: _____

Edad: _____ (Anos) _____ (Meses).

Peso: _____ Altura: _____ (no zapatos) BP: _____

Fecha de Hb/Examen de Plomo de Sangre: _____

- Hb nivel: _____
- Nivel de Plomo de Sangre: _____

Imunizaciones Recibida hoy- Por favor adjunta el registro!

Problemas de salud importantes o crónica:

- TB (si riesgo) _____
- Enfermedad Via Respiratoria Reactivo
- Ataques
- Asma
- Diabetes
- Seria Alergias
Lista de Alérgenos:

- Desarrollo Retraso

	Normal	Anormal
Aspecto General		
Postura, Paso		
Cabeza		
Piel		
Ojos (aspectos externos)		
Oídos, Nariz		
Boca, Faringe, Dientes		
Corazón y Pulmones		
Abdomen (incluyendo la hernia)		
Huesos, Descoyuntado, Músculos		
Ganglio (linfático, tiroides)		
Coordinación Muscular		

Actualmente Prescritos Medicamentos y Suplementos:

Guía Anticipatoria:

Fecha del próximo examen de niño sano: _____

Este niño es saludable y puede participar en todas las rutinas, actividades, deportes y cuidado de niños. Cualquier inquietud o excepciones se identifican en esta forma.

Firma del Medico: _____ Fecha: _____

Nombre de la Clínica de Atención de la Salud: _____

Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____

Yo, padre o tutor de _____, doy mi permiso al proveedor de atención medica mencionado arriba para mandar este formulario medico por fax para el Programa de Head Start Distrito Escolar de Condado de Lake.

Firma de Padre o Tutor _____ Fecha: _____