

**The Center Early Childhood Programs
Head Start Physical Examination**

Child Name: _____ **Birthdate:** _____

Date of Exam: _____ **Sex:** _____

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

To Be Completed By Physician:

Age (Years/Months): _____ Weight: _____ Height: _____ BP: _____

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

Immunizations Received Today- Please Attach Record!!!

Significant or Chronic Health Concerns:

- ☐ TB (if at risk)
- ☐ Reactive Airway Disease
- ☐ Seizures
- ☐ Athma

- ☐ Diabetes
- ☐ Severe Allergies:

- ☐ Developmental Delays

Medications and supplements prescribed: _____

Anticipatory guidance provided: _____

Date of Next Physical Exam: _____

Signature of Physician: _____ Date: _____

Name of Clinic: _____

Address and Phone Number: _____

I give permission to the healthcare provider listed above to fax this medical form to The Center Early Childhood Programs at 719-486-3421 or email to cnielsen@lakecountyschools.net

Parent Signature: _____

**The Center Early Childhood Programs
Head Start Physical Examination**

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

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.

Debe Ser Completado Por Médico:

Edad (Años/Meses): _____ Peso: _____ Altura: _____ BP: _____

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

Inmunizaciones Recibida hoy- Por favor adjunta el registro!

Problemas de salud importantes o crónica:

- | | |
|---|--|
| ☐ TB (si riesgo)
☐ Enfermedad Vía Respiratoria Reactivo
☐ Ataques
☐ Asma | ☐ Diabetes
☐ Seria Alergias: _____
☐ Desarrollo Retraso |
|---|--|

Prescritos Medicamentos y Suplementos: _____

Guía Anticipatoria: _____

Fecha del próximo examen de niño sano: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre de la Clínica de Atención de la Salud: _____

Dirección y Número de Teléfono: _____

Yo doy mi permiso al proveedor de atención médica mencionado arriba para mandar este formulario médico por fax para el Programa de Head Start Distrito Escolar del Condado de Lake al 719-486-3421 por email cnielsen@lakecountyschools.net

Firma de Padre o Tutor _____