

Skagit/Islands Head Start Well Child Examination



Nombre del Niño(a): _____ Nombre del Padre(Madre): _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Examen: _____ Centro de Head Start _____

SECCION 1 – EXAMENES ESTANDARES Y MEDIDAS (Requerido Por Las Pautas Federales De Head Start)

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
Estatura _____ Peso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de Plomo _____ (pique en el dedo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audición: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HCT/HGB (pique en el dedo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial _____ / _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SECCION 2 – EXAMEN FISICO

	Normal	Anormal	No ha Sido Examinado		Normal	Anormal	No ha Sido Examinado
Apariencia General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postura, Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen (incluyendo la hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos, Coyuntura, Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos: Aspectos Externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necrológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen Cubierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motoras Gruesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos: Canal Externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motricidad Fina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz, Boca y Faringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas (Linfático/Tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coordinación Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 3 – ESTADO DE SALUD

- ¿Esta su niño al día con el cuidado médico apropiado y preventiva a su edad? Sí No
- ¿Toma su niño tabletas de Fluoruro? Sí No ¿Las tabletas de fluoruro fueron recetadas hoy? Sí No
- ¿Le pusieron las vacunas hoy? Sí No **Si fue así, por favor de sujetar una copia de las inmunizaciones.**
- Medicamentos Actuales: _____
- Alergias: _____
- El niño(a) necesita los siguiente: Ninguno Inmunizaciones Cuidado Dental Otro: _____
- Resultados/Recomendaciones: _____

- Próxima cita recomendada: _____

MEDICAL PROVIDER INFORMATION

Nombre del Proveedor: _____ Numero de Teléfono: () - _____
 Nombre de la Clínica (si es diferente): _____ Numero de Fax: () - _____
 Dirección de la Clínica: _____

FIRMA DEL PROVEEDOR: _____ **FECHA:** _____