



Orchard Place Examen de Salud

Indicar si el niño tiene cualquiera de estas afecciones de salud o enfermedades enumeradas a continuación. Marque la casilla correspondiente. Esta información permitirá al miembro del personal asignado empezar a entender su niño mientras él/ella escucha sus preocupaciones actuales.

Nombre completo del cliente _____ Fecha de hoy _____
 Fecha de Nacimiento _____ Género: Femenino Masculino Otro Relación con el cliente _____

Ha tenido el cliente los siguientes exámenes en el último año:

¿Examen Físico? Si No Fecha del último Examen Físico _____ Iniciales del personal _____ *
 ¿Examen Dental? Si No Fecha del último Examen Dental _____ *iniciales confirman que se hizo referencia
 ¿Examen Visual? Si No Fecha del último Examen Visual _____

Si el cliente no ha tenido un examen físico en el último año, por favor haga una cita con su proveedor médico para una (excluye el OP Campus). Si usted necesita ayuda para localizar un proveedor de servicios médicos, por favor ponga al tanto al miembro del personal signado de su necesidad.

	N/A	Problema Pasado	Todavía Existe	Comentario	N/A	Problema Pasado	Todavía Existe	Comment
Alergias (Medio ambiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de la audición
Alergias (látex/medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazón
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas reproductivos
Vejiga/Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones respiratorias
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden Neurológico
Constipación crónica/ Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas/ Dolores crónico
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
Oído/problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de garganta/amigdalitis
Eccema/ problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de estómago
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de origen desconocido
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión craneal
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Para cualquier condición de salud actual y/o enfermedades, el cliente está recibiendo tratamiento o seguimiento? Si No

Si "No" por favor explique _____

Liste la historia de lesiones significativas, hospitalizaciones, cirugías

Su hijo: Si No Si es si por favor explique

a Tiene algún dolor o molestia física sin resolver?

Personal solamente: si "Si" para problema Sin resolver, explicar la remisión

b Actualmente tiene alguna enfermedad Infecciosa como MRSA, hepatitis, tuberculosis, meningitis, rubeola, viruela, paperas, varicela, Neumonía, o cualquier otra?

c Tiene necesidades nutricionales especiales?

d Experimentado reciente aumento o pérdida de peso?

e El niño ha sido expuesto a piojos, sarna, Chinchas en los últimos 3 meses?

Recomendaciones del personal: _____

Firma del personal: _____ **Fecha de la revisión:** _____

Mediante la firma usted está verificando que la información anterior ha sido revisada y cualquier necesidad médica de seguimiento identificada, incluyendo la necesidad de examen físico, se ha discutido y revisado con el cliente y/o el padre/tutor.