ARKANSAS BETTER CHANCE (ABC) PROGRAMA DE MAYORES LOGROS ESCOLARES
2009-2010 Evalucion De Salud

Padres o gaurdián:

Para proveer la mejor experiencia de aprendizaje para su niño, los maestros deben entender/saber las necesidades de salud de su niño. Por lo tanto, las regulaciones del estado requieren que cualquier niño inscrito/matriculado en el programa de Pre_K Arkansas Better Chance reciba un examen médico. Los padres/guardianes deben demostrar que el niño esta al dia en todas sus immunizaciones. Usted necesita completar-toda la información solicitada en este lado de la forma (parte 1). Una vez que este completo, lleve esta forma a su proveedor del cuidado médico en el dia del examen médico de su niño. El examen debe ser hecho por un médico con licencia (M.D. o D.O.). Una vez completado en ambos jados y firmado, firmado, devuelva la forma a su programa del pre-K.

Nombre (padre/guardián)(spellido, nombre, inicial)	Nombres del niño(apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento del niño	Sexo

Dirección	Ciudad	Zona postal

Tipo de sequro de salud

☐ AR Kids A o B ☐ Ninguno

☐ Sequiro particular ☐ Otro _____

El programa participante de Arkansas Better Chance es financieramente responsible de cualquier evaluacion de salud de los niños que no tiene cobetura por AR Kids o seguro particular

Parte I - Para ser completado por el/los padre(s) o guardián ANTES del examen medico.

Indique respuestas a las siguientes preguntas. Ezplique cualquier respuesta "si" en el espacio provisto.

	Si	No	
1 .	☐	☐	¿ Tien Ud. Alguna precoupación por la salud general de su niño?
2 .	☐	☐	¿ Han diagnosticado a su niño con alguna enfermedad crónica (tal como asma o diabetes)?
3 .	☐	☐	¿ Tien su niño alergias (cómo a medicina; alimento o al polvo)?
4 .	☐	☐	¿ Tomá su niño medicamentos (diario o de vez en cuando)?
5 .	☐	☐	¿ Tiene su niño problemas con la visión, el oir o el habla?
6 .	☐	☐	¿ Ha tenido su niño que ser hospitalizado, operado, enfermedad grave o lesión?
7 .	☐	☐	¿ En los últimos 12 meses, su niño ha experimentado dificultad con respiración sibilante o toser de noche?
8 .	☐	☐	¿ En los tultimos 12 meses, su niño ha experimentado alguna pérdida de peso o aumento excesiva de peso?
9 .	☐	☐	¿ Ha tenido su niño un examen dental en los últimos 12 meses?
10 .	☐	☐	¿ Le gustaria a Ud. Hablar sobre la salud de su niño con el profesional del cuidado médico?

Si usted contestó "si" en alguna pregunta, por favor explique abajo. Por enfermedades o lesión, incluya la edad de su niño en aquel entonces.

Pregunta #	Explicación

Permiso para divulgar la información.

Doy mi permiso de utilizar la información de este formulario para responder a las necesidades educatives y de salud mientras mi niño este inscrito en el programa de mayores logros escolares de Arkansas Better Chance.

_____ _____

Firma de padre(s) o guardián Fecha