



### CAROLINA DEL NORTE EVALUACION DE TRANSMISION DE LA SALUD

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela que asistió el estudiante mencionado en este documento y es confidencial y no un registro público. ( Aprobado por el Norte del Departamento de Instrucción Pública de Carolina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos )

#### ESTA SECCION COMPLETADA POR PADRES

**Nombre de Estudiante:**

(Apellido)

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

M  F

**Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY):**

**Nombre De Escuela:**

**Origen Hispano o Latino**  1 Si  2 No

**Raza:**

- 1 Otro No-Blanco  2 Blanco  3 Afro-Americano  4 Nativo Americano
- 5 Chino  6 Japonés  7 Hawaiano  8 Filipino  9 Otro Asiático  10 Desconocido

**Direction:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Condado:**

**Información de Padre: Nombre de Padre, Guardián Legal:**

**Telephone**

Casa:

Trabajo:

Cellular:

Las preocupaciones de salud para ser compartidos con las personas autorizadas ( administradores de la escuela , maestros y otro personal escolar que requieren dicha información para realizar sus tareas asignadas ):

#### HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

**Medications prescribed for student:**

**Student's allergies, type, and response required:**

**Special diet instructions:**

**Health-related recommendations to enhance the student's school performance:**





**Enero 2016**

**Vision screening information:**

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:

**Hearing screening information:**

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

**Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:**

**School follow-up needed:** Yes No

**Medical Provider Comments:**

**Please attach other applicable school health forms:**

Immunization record attached:

School medication authorization form attached:

Diabetes care plan attached:

Asthma action plan attached:

Health care plans for other conditions attached:

**Health Care Professional's Certification**

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: \_\_\_\_\_

Date (m/d/yyyy):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

