|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD Y TRANSMISIÓN DE CAROLINA DEL NORTE** |
| Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante, es confidencial y no es un registro público.(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos) |
| **LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN** |
| **Nombre del estudiante**:  |  |  |
|  (Apellidos) (Primer nombre) (Segundo nombre) |
| **Fecha de nacimiento (mes/día/año):** | **Nombre de la escuela** | **:** |  |  |
| **Dirección:** |  | **Ciudad:** |  | **Estado:** | **Condado:** |
| **Información de los padres, tutores, apoderados o personas responsables de su cuidado:** | **Teléfono (s)** Casa: Trabajo: Celular: |  |
| **Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros y otro personal escolar que requiera 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:** |
| **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: |