



**FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE**

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no 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 SECCION**

**Nombre del Estudiante:**

M  F

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

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

**Nombre de la Escuela:**

**Hispano /Latino:**

1 Si  2 No

**Raza:**

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

**Dirección:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Condado**

**Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona en lugar de los padres:**

**Teléfono (s)**

Casa:

Trabajo:

Teléfono

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:





January 2016

**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:

