

Children's Medical Report  
Escuelita Bilingue de Holy Comforter  
Fax Number: (704) 332-5081  
Attn: Lauren Cavins

**To be completed by parent** (Información diligenciada por los padres):

Name of Child (Nombre del niño/a): \_\_\_\_\_ Birthdate (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_  
Name of Parent or Guardian (Nombre del padre o tutor) \_\_\_\_\_  
Address of Parent or Guardian (Dirección del Padre o tutor) \_\_\_\_\_  
Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

**A. Medical History (Historia Médica)**

1. Is child allergic to anything? (¿El niño/a tiene alergias?) No \_\_\_ Yes(Sí) \_\_\_ If yes, what? (¿Cuál?) \_\_\_\_\_

2. Is child currently under a doctor's care? (¿Está su niño/a bajo cuidado médico?) No \_\_\_ Yes (sí) \_\_\_  
If yes, for that reason? (Si lo está, ¿Por qué razón?) \_\_\_\_\_

3. Is the child on any continuous medication? (¿Está su niño/a tomando medicamentos?) No \_\_\_ Yes(Sí) \_\_\_  
If yes, what? (Si está tomando medicamentos, ¿Qué medicamentos?) \_\_\_\_\_

4. Any previous hospitalizations or operations? No \_\_\_ Yes (Sí) \_\_\_ If yes, when and for what?  
(¿El niño/a ha estado hospitalizado o ha tenido alguna operación?) (Si marco "Sí", ¿Cuándo y Por qué?) \_\_\_\_\_

5. Any history of significant previous diseases or current illnesses? No \_\_\_ Yes (Sí) \_\_\_  
(El niño ha tenido o tiene actualmente alguna enfermedad complicada?)  
diabetes? No \_\_\_ Yes(Sí) \_\_\_ / convulsions (convulsiones)? No \_\_\_ Yes(Sí) \_\_\_ / heart trouble (¿enfermedades del corazón?) No \_\_\_ Yes (Sí) \_\_\_  
If others, what/when? (Si tiene o ha tenido otras enfermedades, ¿Cuál/cuáles y cuándo?) \_\_\_\_\_

6. Does the child have any physical disabilities? (¿El niño/a tiene alguna incapacidad física?) No \_\_\_ Yes(Sí) \_\_\_  
If yes, please describe (Si tiene alguna incapacidad física, por favor describa): \_\_\_\_\_

Any mental disabilities (¿El niño/a tiene alguna incapacidad mental?): No \_\_\_ Yes(Sí) \_\_\_ If yes, please describe (Si tiene alguna incapacidad mental, por favor describa): \_\_\_\_\_

**B. Development Evaluation Form (Forma de evaluación de desarrollo)**

1. Firma del Padre/Madre o persona a cargo del niño/a \_\_\_\_\_

To be completed by Physician:

**Medical Office may substitute their copy of child's immunization record.**

**Immunization History:** The health official must enter the date immunization was received in the space below or attach a copy of the immunization record.

G.S. 130A-155(b) requires all child care facilities to have this information on file.

**Enter date of each dose - Month/Day/Year**

Vaccine	#1	#2	#3	#4	#5
*DPT/DT					
*Polio					* Required by Slate Law ** Required for children born on or after April 1,2001
*Hib					
*MMR (combined)					
HepB					
**Varicella					
Prevnar					