

**Children's Medical Report**  
**Escuelita Bilingüe 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. Has your child ever been evaluated for possible development problem? Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_  
(¿Su niño/a ha sido evaluado/a por problemas en el desarrollo?)  
2. If yes, by what institution? (Si es así, ¿Cuál institución lo evaluó?) \_\_\_\_\_

3. Is your child currently receiving any kind of therapy? Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_  
(¿Su niño/a está recibiendo algún tipo de terapia en este momento?)

4. Do you feel your child needs an evaluation in any of these areas? (Su niño necesita ser evaluado/a por problemas de:)  
a. Language (lenguaje) Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_ b. Hearing (Audición) Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_  
c. Motor skills (destrezas motoras) Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_ d. Vision (Visión) Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_  
e. Education (Educativos) Yes (Sí) \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent of Guardian  
(Firma del Padre o Tutor)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

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

**To be completed by Physician (Información diligenciada por el doctor):**

**C. Physical Examination:** This examination must be completed and signed by a licensed physician, his authorized agent currently approved by the N.C. Board of Medical Examiners (or a comparable board from bordering states), a certified nurse practitioner, or a public health nurse meeting DEHNR standards for EPSDT program.

Head \_\_\_\_\_ Eyes \_\_\_\_\_ Ears \_\_\_\_\_ Nose \_\_\_\_\_ Teeth \_\_\_\_\_  
 Throat \_\_\_\_\_ Neck \_\_\_\_\_ Heart \_\_\_\_\_ Chest \_\_\_\_\_ GU \_\_\_\_\_  
 Ext \_\_\_\_\_ Neurological System \_\_\_\_\_ Skin \_\_\_\_\_

Results of Tuberculin Test, if given: Type \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Abnormal \_\_\_\_\_

Should activities be limited? No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ If yes, explain: \_\_\_\_\_

Any other recommendations: \_\_\_\_\_

Office Address  
 (may use stamp)

**Signature of authorized examiner/title** \_\_\_\_\_

Date of Examination: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

**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					
*Hib					
*MMR (combined)					* Required by State Law
HepB					
**Varicella					** Required for children born on or after April 1, 2001
Prevnar					

