

ARKANSAS BETTER CHANCE (ABC) PROGRAMA DE MAYORES LOGROS ESCOLARES

Padres o gaurdián:

Para proveer la mejor experiencia de aprendizaje para su niño, los maestros deben entender/saber las necesidades de salud de su niño. Por lo tanto, las regulaciones del estado requieren que cualquier niño inscrito/matriculado en el programa de Pre_K Arkansas Better Chance reciba un examen médico. Los padres/guardianes deben demostrar que el niño esta al día en todas sus inmunizaciones. Usted necesita completar-toda la información solicitada en este lado de la forma (parte 1). Una vez que este completo, lleve esta forma a su proveedor del cuidado médico en el día del examen médico de su niño. El examen debe ser hecho por un médico con licencia (M.D. o D.O.). Una vez completado en ambos jados y firmado, firmado, devuelva la forma a su programa del pre-K.

Nombre (padre/guardián)(spellido, nombre, inicial)	Nombres del niño(apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento del niño	Sexo
Dirección		Ciudad	Zona postal
Tipo de seguro de salud <input type="checkbox"/> AR Kids A o B <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Seguro particular <input type="checkbox"/> Otro _____		El programa participante de Arkansas Better Chance es financieramente responsable de cualquier evaluacion de salud de los niños que no tiene cobetura por AR Kids o seguro particular	

Parte I - Para ser completado por el/los padre(s) o guardián ANTES del examen medico.

Indique respuestas a las siguientes preguntas. Ezplique cualquier respuesta "si" en el espacio provisto.

- | | Si | No | |
|------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Tien Ud. Alguna preocupaci3n por la salud general de su ni1o? |
| 2 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Han diagnosticado a su ni1o con alguna enfermedad cr3nica (tal como asma o diabetes)? |
| 3 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Tien su ni1o alergias (c3mo a medicina; alimento o al polvo)? |
| 4 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Tom3 su ni1o medicamentos (diario o de vez en cuando)? |
| 5 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Tiene su ni1o problemas con la visi3n, el oir o el habla? |
| 6 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Ha tenido su ni1o que ser hospitalizado, operado, enfermedad grave o lesi3n? |
| 7 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ En los 1ltimos 12 meses, su ni1o ha experimentado dificultad con respiraci3n sibilante o toser de noche? |
| 8 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ En los tultimos 12 meses, su ni1o ha experimentado alguna p3rdida de peso o aumento excesiva de peso? |
| 9 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Ha tenido su ni1o un examen dental en los 1ltimos 12 meses? |
| 10 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Le gustar3a a Ud. Hablar sobre la salud de su ni1o con el profesional del cuidado m3dico? |

Si usted contest3 "si" en alguna pregunta, por favor explique abajo. Por enfermedades o lesi3n, incluya la edad de su ni1o en aquel entonces.

Pregunta #	Explicaci3n

Permiso para divulgar la informaci3n.

Doy mi permiso de utilizar la informaci3n de este formulario para responder a las necesidades educativas y de salud mientras mi ni1o este inscrito en el programa de mayores logros escolares de Arkansas Better Chance.

Firma de padre(s) o guardián

Fecha