

Child Health Report
(Informe Sobre la Salud del Niño)
 55 PA Code 3270.131, 3280.131 and 3290.131

Child's Name: <i>(Last-Ultimo)</i> _____		<i>(First- Primero)</i> _____		Parent/Guardian: <i>(Padres/Guardian)</i> _____	
Date of Birth: <i>(Fecha de Nacimiento)</i> _____		Phone: <i>(Telefono)</i> _____		Address: <i>(Direccion)</i> _____	
Child Care Facility Name: <i>(Nombre del Cuidado de Niños)</i> _____					
Facility Phone: <i>(Telefono de la Facilidad)</i> _____		County: <i>(Condado)</i> _____		Work Phone: <i>(Telefono del Trabajo)</i> _____	

I authorize the child care staff and my child's health professional to communicate directly if needed to clarify information on this form about my child. *(Autorizo al personal de cuidado infantil y profesional de la salud de mi hijo para comunicarse directamente si es necesario para aclarar la informacion en este formulario sobre me hijo)*
Parent's Signature *(firma del Padre):* _____

DO NOT OMIT ANY INFORMATION (NO OMITIR INFORMACION)
This form may be updated by a health professional. Initial and date any new data. The child care facility needs a copy of the form.
(Este formulario puede ser actualizado por un profesional de la salud. Dato Nuevo debe ser iniciado y fechado. La facilidad necesita una copia del formulario.)

Health history and medical information pertinent to routine child care and diagnosis/treatment in emergency (Describe, if any): *(Historia de la salud y la informacion medica pertinente a la rutina de cuidado de niños y el diagnostico/tratamiento de emergencia (describir si cualquier)*

None *(ninguna)*

Describe all medication and any special diet the child receives and the reason for medication and special diet. All medications a child receives should be documented in the event the child requires emergency medical care. Attach Additional Sheets if necessary. *(Describir todas los medicamentos y cualquier dieta especial que recibe el niño y la razon de medicacion y dieta especial. Todos los medicamentos que recibe un niño debe ser documentado en el caso de que el niño requiere atencion medica de emergencia. Adjunte hojas adicionales si es necesario.)*

None *(ninguna)*

Child's Allergies (Describe, if any): *Alergias del niño (describir si cualquier)*

None *(ninguna)*

List any health problems or special needs and recommended treatment/services. Attach additional sheets if necessary to describe the plan for care that should be followed for the child, including indication of special training required for staff, equipment and provision for emergencies. *(Una lista de cualquier problema de salud o necesidades especiales y tratamiento/servicios recomendados. Adjunta hojas adicionales si es necesario para describir el plan de cuidados que se deben seguir para el niño, incluida la indicacion de un entrenamiento especial necesario para el personal, equipamiento y dotacion para emergencias.)*

None *(ninguna)*

In your assessment, is the child able to participate in child care and does the child appear to be free from contagious or communicable diseases? *(En su evaluacion, el niño es capaz de participar en el cuidado de niños y que el niño parece estar libre de enfermedades contagiosas o transmisibles?)*

Yes *(si)* **No** *(no)* **Date of Physical** *(Fecha de fisico)* _____

If no, please explain your answer: *(Si no, por favor explique su respuesta)* _____

Has the received all age appropriate screenings listed in the routine preventive health care services currently recommended by the American Academy of Pediatrics? (See Schedule at www.AAP.org) *(Ha recibido el niño todos los exámenes apropiados para su edad que figuran en los servicios de salud preventivos de rutina recomendados actualmente por la Academia Americana de Pediatría? (Ver horario en www.AAP.org)*

Yes *(si)* **No** *(no)*

Note below if the results of the vision, hearing, or lead screenings were abnormal. If the screening was abnormal, provide the date the screening was completed and information about referrals, implications or actions recommended for the child care facility. *(Nota abajo si los resultados de la vision, la audicion o defleccion de plomo eran anormales. Si la proyeccion era anormal, proporcione la fecha en que se completo la deteccion y informacion sobre referencias, consecuencias o acciones recomendadas para la instalacion de cuidado de niños))*

Vision –Subjective until age 3: <i>(Vision-subjetivo hasta los 3 años)</i>	
Hearing- Subjective until age 4: <i>(Audicion- subjetivo hasta los 4 años)</i>	
Lead: <i>(Plomo)</i>	

Child Health Report
(Informe Sobre la Salud del Niño)
 55 PA Code 3270.131, 3280.131 and 3290.131

Record Dates of Immunizations Below or Attach a Photocopy of the Child's Immunization Record
(Escribe las fechas de registro de inmunizaciones por debajo o adjunta una fotocopia del registro de inmunizaciones.)

Immunizations <i>(Inmunizaciones)</i>	Date <i>(fecha)</i>	Date <i>(fecha)</i>	Date <i>(fecha)</i>	Date <i>(fecha)</i>	Date <i>(fecha)</i>	Comments <i>(comentarios)</i>
HEP-B <i>(Hepatitis B)</i>						
ROTA VIRUS						
DTAP/DTP/TD						
HIB <i>(HIB)</i>						
PNEUMOCOCCAL <i>(NUEMOCOCICA)</i>						
POLIO <i>(POLIO)</i>						
INFLUENZA <i>(INFLUENZA)</i>						
MMR <i>(MEASELS, PAPERAS, RUBEOLA)</i>						
VARICELLA <i>(VARICELLA)</i>						
HEP-A <i>(Hepatitis A)</i>						
MENINGOCOCCAL <i>(MENINGOCOCICA)</i>						
OTHER <i>(OTRO)</i>						

Medical Care Provider: <i>(Proveedor de atención médica)</i> Address: <i>(Dirección)</i> Phone: <i>(Teléfono)</i>	Signature of Physician, CRNP or Physician's Assistant: <i>(Firma de médico, enfermera certificado registrado o ayudante de los médicos)</i> <hr/>
	Title: <i>(Título)</i> <hr/>
	License Number <i>(Número de Licencia)</i> Date Form Signed <i>(Fecha que se firmo el formulario)</i> <hr/>