



Physical Examination/Well Baby Check

Child's Name: _____ Date of Physical Examination: _____

Date of Birth: _____

Head Start requires a complete CHDP equivalent health examination for entrance into the program.

CHDP Periodicity visit for:	1	2	4	6	9	12	15	18	24	30	3	4	5
	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Yrs	Yrs	Yrs

TB Risk Factor Assessment:
 Risk factors not present; TB skin test not required

Hematocrit/Hemoglobin:	Date:	Results:	Anemia: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Iron Supplements: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Blood Lead Test: 12 and 24 Month If no record, perform	Date:	Results:	Blood Pressure:	Date: Results: ___ / ___
Tuberculin Skin Test	Date Given:	Date Read:	Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	Chest X-ray Date: Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Height: (%)	Weight: (%)	BMI:	Head Circumference:	
Vision: Right – 20/ _____ Left – 20/ _____		Strabismus: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail		Hearing: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail

Examination Results	Normal for age	Abnormal (Describe Findings)	Not Tested	Examination Results	Normal for age	Abnormal (Describe Findings)	Not Tested
Anticipatory Guidance				Eyes/Vision Observation			
Posture, Gait				Ears/Clinic Assessment			
Birth Defects				Developmental Screening			
Ears/Nose/Throat				Autism Spectrum Disorder Screening (18 & 24 mos)			
Seizures				Developmental Surveillance			
Mouth/Teeth Dental/Nutrition				Psychosocial/Behavior Assessment			
Heart/Lungs				Communication Skills/Speech			
Asthma				Cognitive Skills			
Abdomen (Hernia)				Maternal Depression Screening			

Is the child cleared to enter preschool? Yes No

List any allergies, chronic conditions or special accommodations: _____

List medications required at school (include medication name and dosage): _____

Provider (Please print): _____ Signature: _____

Practice/Clinic Name: _____ Phone Number: _____

Address: _____



Examen físico

Nombre del niño: _____ Fecha del examen físico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Head Start requires a complete CHDP equivalent health examination for entrance into the program.

Visita periódica del CHDP de:	1 Mes	2 Meses	4 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	15 Meses	18 Meses	24 Meses	30 Meses	3 Años	4 Años	5 Años
-------------------------------	-------	---------	---------	---------	---------	----------	----------	----------	----------	----------	--------	--------	--------

Evaluación del factor de riesgo de tuberculosis: <input type="checkbox"/> No se presentan factores de riesgo; la prueba de tuberculosis no es necesaria	Factor de riesgo de envenenamiento con plomo: <input type="checkbox"/> No se presentan factores de riesgo <input type="checkbox"/> Se presentan factores de riesgo
---	--

Hematocrito/ Hemoglobina 9 meses 2, 3, 4 años	Fecha:	Resultados:	Anemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suplemento de hierro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Blood Lead Test: 12 and 24 Month If no record, perform	Fecha:	Resultados:	Presión arterial:	Fecha:	Resultados: ___ / ___		
Prueba de tuberculosis	Fecha en que se dio:	Fecha en que se leyó:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	Fecha de radiografía del pecho:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		
Estatura: (%)	Peso: (%)	Índice de masa corporal:		Circunferencia de la cabeza:			
Visión: Derecho – 20/ _____ Izquierdo – 20/ _____		Estrabismo: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó		Audición: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó			
Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó	Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó
Orientación temprana				ESí/Observación de la visión			
Postura/paso				Ears/Evaluación clínica			
Defectos de nacimientos				Evaluación del desarrollo			
Oídos, nariz y garganta				Evaluación de trastorno de espectro autista			
Convulsiones				Vigilancia del desarrollo			
Boca, dientes, dental, nutrición				Evaluación psicosocial y del comportamiento			
Corazón y pulmones				Destrezas de comunicación/ articulación			
Asma				Destrezas cognitivas			
Abdomen (hernia)				Evaluación de depresión materna			

¿Tiene la autorización para entrar al preescolar? Sí No

Anotar cualquier alergia o condiciones crónicas o especiales Ajustes: _____

Lista de medicamento necesario en la escuela (incluya el nombre y dosis del medicamento): _____

Proveedor (con letra de imprenta): _____ Firma: _____

Médico o nombre de la clínica: _____ No. de teléfono: _____

Dirección: _____