

APÉNDICE E

Programa de Pre-Kinder de Primera Clase de Alabama (Alabama First Class Pre-K Program)

**RECORD DE EVALUACIÓN DE SALUD DE NIÑO (CHILD HEALTH SCREENING RECORD)**

Para ser completado por la enfermera o un profesional capacitado (**NO** el maestro de Pre-Kinder ni el Director de OSR)

Nombre de Clase: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Apellido                      Primero                      Segundo*

**VISIÓN**

**OÍDOS**

**DENTAL**

**FÍSICO**

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Marque uno por cada ojo:                      Marque uno por cada oído:                      Resultados:                      Resultados:

Izquierda:  Pasa  Falla  
 Derecha:  Pasa  Falla

Izquierda:  Pasa  Falla  
 Derecha:  Pasa  Falla

\_\_ Debe ir con dentista  
 \_\_ Examen Normal/ninguna preocupación

Altura: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_

Comentarios:                      Comentarios:                      Notaciones Adicionales: \_\_\_\_\_ Índice de Masa Corporal (BMI): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Preocupaciones/  
 Recomendaciones:  
 \_\_\_\_\_

Estudiante no participó debido a:                      Estudiante no participó debido a:                      Estudiante no participó debido a:                      Estudiante no participó debido a:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausente                     | <input type="checkbox"/> Ausente                     | <input type="checkbox"/> Ausente                     | <input type="checkbox"/> Ausente                     |
| <input type="checkbox"/> Padre negó permiso          | <input type="checkbox"/> Padre negó permiso          | <input type="checkbox"/> Padre negó permiso          | <input type="checkbox"/> Padre negó permiso          |
| <input type="checkbox"/> Estudiante no cooperativo   | <input type="checkbox"/> Estudiante no cooperativo   | <input type="checkbox"/> Estudiante no cooperativo   | <input type="checkbox"/> Estudiante no cooperativo   |
| <input type="checkbox"/> Inscrito después del examen | <input type="checkbox"/> Inscrito después del examen | <input type="checkbox"/> Inscrito después del examen | <input type="checkbox"/> Inscrito después del examen |

\_\_\_\_\_  
 Firma del Examinador                      Firma del Examinador                      Firma del Examinador                      Firma del Examinador

\_\_\_\_\_  
 Fecha                      Fecha                      Fecha                      Fecha