

**UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD /
REGISTRO DE SALUD UNIVERSAL DEL
ESTUDIANTE**

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter New Jersey Academy of Family Physicians New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT / SECCIÓN I - PARA COMPLETAR POR UN PADRE

Child's Name (Last) / Apellido del Niño/a	(First) / Nombre	Gender / Genero M ☐ F ☐	Date of Birth / Fecha de Nacimiento
Does Child Have Health Insurance? / ¿Tiene el niño seguro médico? Yes / Si ☐ No ☐		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier / Si respondió sí, nombre de la compañía de seguro de salud de su hijo/a	
Parent/Guardian Name / Nombre del Padre / Tutor	Home Telephone Number / Teléfono de la casa () -	Cell Phone Number / Teléfono móvil () -	
Parent/Guardian Name / Nombre del Padre / Tutor	Home Telephone Number / Teléfono de la casa () -	Cell Phone Number / Teléfono móvil () -	
I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form. / Yo doy mi consentimiento para para que el Proveedor de Atención Médica de mi hijo/a y la Enfermera de cuidado pueda hablar de la información en este formulario			
Signature/Date (Firma/ Fecha)		This form may be released to WIC. / Esta forma puede ser pasada a WIC. Yes / Si ☐ No ☐	

**SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER / SECCIÓN II - PARA SER COMPLETADO POR EL
PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Date of Physical Examination (Fecha del examen físico):	Results of physical examination normal? / ¿Los resultados de la examinación física, son normales? ☐ Yes/ Si ☐ No
Abnormalities Noted (Anomalías mencionadas):	Weight (must be taken within 30 days for WIC) / Peso (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC) : _____
Seizure Activity / History (Actividad / Historial de convulsiones) :	Height (must be taken within 30 days for WIC) / Estatura (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC) : _____
Asthma (Asma) Attached complete Asthma Treatment Plan (Adjuntar plan completo de tratamiento del asma)	Head Circumference (if <2 Years) / Circunferencia de la cabeza (si < 2 años) : _____
Allergies/Sensitivities (Alergias / Sensibilidades) ☐ List allergies (Alergias):	Blood Pressure (if ≥ 3 Years) / Presión sanguínea (si es ≥ 3 años) : _____ Rate: _____ Heart
IMMUNIZATIONS / VACUNAS	☐ Immunization Record Attached / Registro de vacunas adjunta ☐ Date Next Immunization Due / Fecha para la próxima vacuna es: _____

MEDICAL CONDITIONS / CONDICION MEDICA

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries (Condiciones médicas crónicas / Cirugías relacionadas) • List medical conditions/ongoing surgical concerns (Lista de condiciones médicas / preocupaciones quirúrgicas):	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios
Medications/Treatments (Medicamentos/ Tratamientos) • List medications/treatments (Nombre de Medicamentos / tratamientos):	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios
Limitations to Physical Activity (Limitaciones de Actividad Física) • List limitations/special considerations (Limitaciones / consideraciones especiales):	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios

Special Equipment Needs (Necesidades de Equipos Especiales) • List items necessary for daily activities (Elementos necesarios para las actividades diarias):	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements (Dieta Especial / Suplementos de Vitaminas y Minerales) • List dietary specifications (Especificaciones dietéticas) :	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis (Problemas de conducta / Diagnóstico de Salud Mental) • List behavioral/mental health issues/concerns (Lista de comportamiento / temas de salud mental / preocupaciones) :	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios
Emergency Plans (Planes de Emergencia) • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for (Plan de emergencia que podría necesitarse y los síntomas para tener en cuenta):	☐ None / Ninguno ☐ Special Care Plan Attached / Plan Especial Adjunto	Comments / Comentarios

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS - EXÁMENES DE SALUD PREVENTIVOS - EXÁMENES DE SALUD PREVENTIVOS - EXÁMENES DE SALUD PREVENTIVOS

Type Screening - Tipo de Examen	Date Performed - Fecha realizada	Record Value - Valor de Registro	Type Screening - Tipo de Examen	Date Performed - Fecha Realizada	Note if Abnormal - Notar si es anormal
Hearing - Auditivo			Hgb/Hct		
Vision - Visual			Lead (Plomo): Capillary(Capilar) ☐ Venous(Veneno) ☐		
Dental - Dental			TB (mm of Induration)		
Developmental - Desarrollo			Other (otro):		
Scoliosis - Escoliosis			Other (otro):		

☐ *I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above. He examinado el estudiante arriba y revisado su historia de salud. En mi opinión él / ella puede participar plenamente en todas las actividades de cuidado de niños / escuela, incluyendo educación física y deportes de contacto competitivos, a menos que se señale*

Name of Health Care Provider (Print) - Nombre del proveedor de atención médica (escriba el nombre):

Signature/Date (Firma/ Fecha)

Health Care Provider Stamp (Sello del Centro de Cuidado de la Salud):