



Early Learning Essentials HEALTH & MEDICAL HISTORY

Child _____

Birth Date _____

Yes/ No MEDICAL AND DENTAL HOMES

- Does child have a doctor? Doctor's Name _____ Date of Last Exam: _____
Office/Clinic _____ Clinic Phone # _____
- Does child have a dentist? Dentist's Name _____ Date of Last Exam: _____
Office/Clinic _____ Clinic Phone # _____

INSURANCE INFORMATION

- Medicaid CHIP Indian Health Services Private None

Medicaid/CHIP ID #: _____

Insurance Covers: Medical Care Dental Care

If child does not have insurance:

- Potentially Eligible—not enrolled in Medicaid/CHIP Ineligible for Medicaid/CHIP due to citizenship (Statement of Ineligibility)
 Applied and waiting to hear from DWS Other (must specify reason) _____
 Not Interested, unwilling to apply at this time (Sign refusal letter)

Yes/ No CHILD'S PAST HEALTH INFORMATION

Yes/ No CHILD'S CURRENT HEALTH INFORMATION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy or Hay Fever (chronic) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision concerns or glasses |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hearing concerns |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bone, Joint or Muscle Deformity | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Health conditions that require accommodations while at school |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brain Injury or Tumor | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Takes medication on a regular basis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bruising or Bleeding (easily) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergic reactions |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reason to limit child's physical activity at school |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Serious injury or hospitalized for any reason |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ear Aches (frequent) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do you or your doctor have concerns about child's growth or development |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronic Skin Problems | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has your doctor referred you to a specialist for follow-up care |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy Seizures or Convulsions | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other health problems or disability |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart or Valve Conditions | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney Problems | <u>DENTAL HEALTH</u> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does child take fluoride tablets or vitamins containing fluoride? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other conditions (Please explain) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does child have any untreated tooth decay or dental concerns? |

Any questions marked yes above, please explain in detail:

OFFICE USE ONLY:

FA: _____ Are there any health concerns or conditions that may require a health plan? Yes No

If yes: Have you given instructions on how to complete the CHP? Yes No

Did you create an event in Child Plus? Yes No

HSC: _____ Will a child health plan be required prior to the child attending class? Yes No

Did you make a note in Child Plus? Yes No



Early Learning Essentials HISTORIA MEDICA

Nombre _____

Cumpleaños _____

Si	No	<u>MEDICOS Y DENTALES REGULARES</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño(a) tiene un doctor?	Nombre del doctor _____ Oficina/Clínica _____
			Último examen: _____ Número de Clínica _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño(a) tiene un dentista?	Nombre del dentista _____ Oficina/Clínica _____
			Último examen: _____ Número de Clínica _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO/DENTAL

Medicaid CHIP Servicios de salud para indios Privada Ninguno

Número de cuenta para Medicaid/CHIP: _____

El seguro cubre: Atención Medica Atención Dental

Si su niño(a) no tiene seguro:

Potencialmente Elegibles—no inscritos en Medicaid/CHIP No califica para Medicaid/CHIP por ciudadanía (Declaración de la elegibilidad)

Ya aplicaron, esperando la respuesta de DWS Otro (debe explicar la razón) _____

No están interesados, no quieren aplicar (refusal letter)

Si	No	<u>INFORMACION MEDICA DEL PASADO</u>	Si	No	<u>INFORMACION MEDICA ACTUAL</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia o fiebre del heno (crónica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de visión o lentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los oídos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hueso, articulación, deformidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones de salud que afectan los niños en la escuela
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral o Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicina regularmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas o sangrante (Fácilmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacción alérgica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Razón para limitar la actividad física del niño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones graves o hospitalización por cualquier razón.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oído (frecuentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted o su doctor tiene preocupación del desarrollo o crecimiento de su niño(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas crónicos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su doctor le remitió a un especialista para la atención de seguimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema de salud o incapacidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón/ condiciones de la válvula			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (por favor explique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño(a) toma pastillas de fluoruro?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño(a) tiene caries?

Si usted marco que si, por favor explique en detalle:

OFFICE USE ONLY:

FA: _____ Are there any health concerns or conditions that may require a health plan? Yes No

If yes: Have you given instructions on how to complete the CHP? Yes No

Did you create an event in Child Plus? Yes No

HSC: _____ Will a child health plan be required prior to the child attending class? Yes No

Did you make a note in Child Plus? Yes No