Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

HEAD START - TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE TEMPORADA

NOTIFICACIÓN PARA PADRES SOBRE EXÁMENES MÉDICOS / DENTALES Y RESULTADOS

Nombre del Niño _____

Su niño ha sido evaluado o tenido un examen:

MÉDICO:	Sin problemas	**Resultados:** Necesita otro examen	Necesita ver a un especialista o tratamiento
_____ del Oído			
Se ha examinado la audición de su niño para asegurarnos de que oye bien	_____	_____	_____
_____ de la Vista:			
Se ha examinado la vista de su niño para asegurarnos de que ve bien.	_____	_____	_____
_____ Hemoglobina / Hematocrito:			
Se ha sacado una muestra de sangre a su niño para pruebas de anemia.	_____	_____	_____
_____ Plomo			
Se ha sacado una muestra de sangre a su niño para pruebas de plomo.	_____	_____	_____
_____ Prueba de TB en la Piel			
Se puso una inyección debajo de la piel de su niño para revisar si hay condiciones que impidan crecimiento y aprendizaje normal.	_____	_____	_____
_____ Físico:			
El médico o enfermera ha examinado a su niño para revisar si hay alguna condición que impida el crecimiento y aprendizaje normal	_____	_____	_____
_____ Otro: _____			

DENTAL:	Sin problemas	Necesita tratamiento dental
_____ Examen Dental		
Un dentista ha revisado los dientes de su niño para ver si tiene caries dentales o problemas que necesitan tratamiento.	_____	_____
_____ Limpieza / Fluoruro:		
Le limpiaron los dientes a su niño y el dentista o higienista le puso fluoruro	_____	_____

_____ _____
Firma del Personal de Head Start Fecha

* Si hay una columna marcada con un asterisco, se comunicarán con usted para que dé su consentimiento para tratamiento.

Complete y envíelo a los padres dentro de 3 días para cada procedimiento o cuando se reciban los resultados.