



Mountainland Head Start, Inc.

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

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy or Hay Fever (chronic)</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bone, Joint or Muscle Deformity</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brain Injury or Tumor</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bruising or Bleeding (easily)</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ear Aches (frequent)</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronic Skin Problems</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy Seizures or Convulsions</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart or Valve Conditions</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney Problems</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other conditions (Please explain)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision concerns or glasses</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hearing concerns</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Health conditions that require accommodations while at school</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Takes medication on a regular basis</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergic reactions</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reason to limit child's physical activity at school</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Serious injury or hospitalized for any reason</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do you or your doctor have concerns about child's growth or development</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has your doctor referred you to a specialist for follow-up care</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other health problems or disability</li> </ul> <p><b><u>DENTAL HEALTH</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does child take fluoride tablets or vitamins containing fluoride?</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does child have any untreated tooth decay or dental concerns?</li> </ul> |
|--|---|

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



Mountainland Head Start, Inc.

HISTORIA MEDICA

Nombre \_\_\_\_\_

Cumpleaños \_\_\_\_\_

**Si No MEDICOS Y DENTALES REGULARES**

Su niño(a) tiene un doctor? Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Último examen: \_\_\_\_\_  
 Oficina/Clínica \_\_\_\_\_ Número de Clínica \_\_\_\_\_

Su niño(a) tiene un dentista? Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Último examen: \_\_\_\_\_  
 Oficina/Clínica \_\_\_\_\_ 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 INFORMACION MEDICA DEL PASADO**

**Si No INFORMACION MEDICA ACTUAL**

<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	<b>SALUD DENTAL</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Su niño(a) toma pastillas de fluoruro?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros (por favor explique)	<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