

**NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL
10 OAK DRIVE
EDISON, N.J. 08837
732-549-5580**

MEDICAL CLINIC UPDATE FORM

Date: _____ Student's Name: _____ DOB: _____

Student is covered by: Private Insurance _____ Medicaid _____ Medicaid #: _____
Name of Medicaid Card Holder: _____

Pediatrician/Family Dr: _____ Most recent visit: _____

Address: _____

Orthopedic Surgeon: _____ Most recent visit: _____

Address: _____

Neurologist: _____ Most recent visit: _____

Address: _____

OTHER: (Ophthalmologist, Allergist, Psychologist, Psychiatrist, etc.)

Dr.'s Name and Specialty: _____ Most Recent visit: _____

Address: _____

Dr's Name and Specialty: _____ Most recent visit: _____

Address: _____

We would like to be aware of any services your child received outside of school (Clinics, Private OT/PT/ST. Any specialist seen – include specialty and address.)

(PLEASE NOTE: Our clinic reports are automatically mailed to your Board of Education and Pediatrician/Family Physician.)

In the past year, have there been any changes in your family or in your child? Have you moved? _____ Have there been births? _____ Has the child had surgery? _____ Other: _____

Please indicate the type and date of surgery of significant illnesses within the past year and the treating physicians:

Surgery: _____

Surgery: _____

Date: _____

Date: _____

Physician: _____

Physician: _____

PLEASE NOTIFY THE MEDICAL CLINIC ABOUT ANY DOCTOR'S VISITS OR MEDICAL/SURGICAL PROCEDURES ATTENDED THROUGHOUT THE SCHOOL YEAR.

Signature of Legal Guardian: _____

Relationship: _____

**NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL
10 OAK DRIVE
EDISON, NJ 08837
732-549-5580**

Formulario Medico Actualizado

Fecha:_____ Nombre del Estudiante:_____ Fecha de Nacimiento:_____
Seguro que cubre al estudiante: Seguro Privado__, Medicaid__, # de su tarjeta Medicaid:_____
Nombre del dueño de la tarjeta de Medicaid:_____

Pediatra/Dr.Familiar:_____ Fecha de la última visita:_____

Dirección:_____

Cirujano Ortopedico:_____ Fecha de la última visita: _____

Dirección:_____

Neurologo:_____ Fecha de la última visita:_____

Dirección:_____

OTRO: (Oftalmologo, Alergista, Sicologo, Siquiatra, etc.)

Nombre del Dr.y especialidad:_____ Fecha de la última visita:_____

Dirección:_____

Nombre del Dr.y especialidad:_____ Fecha de la última visita:_____

Dirección:_____

Es importante que nos informe de cualquier servicio que su hijo/a recibe fuera de la escuela
(Clinicas,Terapias privadas OT/PT/ST. Cualquier especialista-incluya especialidad y dirección.)

(IMPORTANTE:Nuestros reportes clinicos son automaticamente enviados a su Junta de Educación y a su
Pediatra/Doctor Familiar.)

Durante el año, han habido cambios en su familia o en su hijo/a? Ud se ha mudado?_____

Han habido otros nacimientos? Su hijo/a ha tenido cirugia?_____ Otro:_____

Por favor especifique la fecha y el tipo de cirugia o enfermedad durante el año y los Doctores que atendieron a su
hijo/a.

Cirugia:_____ Cirugia:_____

Fecha:_____ Fecha:_____

Doctor:_____ Doctor:_____

**Por favor notifique a la Clinica Medica acerca de cualquier visita al Dr. y/o procedimiento quirurgico que haya
tenido su hijo/a durante el año escolar.**

Firma del Padre/Apoderado:_____

Parentesco: _____