



ESTADO DE FLORIDA

Examen de salud de ingreso a la escuela

A los padres/tutores: Complete y firme la Parte I - Historial médico del niño.

La ley estatal para el ingreso a la escuela requiere un examen de salud por un profesional legalmente calificado. Los requisitos adicionales pueden ser determinados por los distritos escolares locales.

(Por favor imprima)

Nombre del niño (último, primero, medio)		Fecha de Nacimiento	Sexo
Dirección (Calle)		Escuela	Grado
Ciudad y código postal	Número de teléfono residencial	Padre/Tutor (Último, Primero, Medio)	

PARTE I — HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

Para el padre/tutor: Por favor revise las respuestas a las preguntas 1 a 8 a continuación en la columna de la izquierda.

(Por favor, explique cualquier respuesta "Sí" en el espacio que se proporciona a continuación.)

- 1. Sí No ¿Alguna preocupación sobre la salud general (hábitos alimenticios y de sueño, peso, etc.)?
- 2. Sí No ¿Alguna otra enfermedad específica o problemas sociales/emocionales o de comportamiento?
- 3. Sí No ¿Alguna alergia (alimentos, insectos, medicamentos, etc.)?
- 4. Sí No ¿Algún medicamento recetado (diario u ocasionalmente)?
- 5. Sí No ¿Algún problema con la visión, la audición o el habla (gafas, lentes de contacto, tubos auditivos,
- 6. Sí No ¿Alguna hospitalización, operación o enfermedad grave (especifique el problema)?
- 7. Sí No ¿Alguna lesión o accidente significativo (especifique problema)?
- 8. Sí No ¿Le gustaría discutir algo sobre la salud de su hijo con una enfermera escolar?

A los padres/tutores: Explique cualquier respuesta "Sí" de arriba.

Soy el padre/tutor del niño mencionado anteriormente. Doy permiso para que la información en las PARTES I y II de este formulario proporcionado sobre mi hijo sea revisada y utilizada solo por el personal de esta escuela y cualquier personal de salud escolar que brinde servicios de salud escolar en el distrito con el propósito limitado de satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo.



Firma de la fecha del padre/

tutor

Recomendaciones de la Asociación para la Preparación Escolar para Prekindergarten y Kindergarten

A los padres / tutores: Obtenga los servicios que se enumeran a continuación para encontrar cualquier problema. Trabaje con su proveedor de atención médica para corregir o tratar cualquier problema que pueda reducir la capacidad de su hijo para aprender en la escuela. **(Estos servicios se recomiendan pero no se requieren).**

<p>1. Examen integral de la visión (3-5 años de edad)</p> <p>Fecha del examen: _____</p> <p>Resultados del _____</p> <p>_____ Proveedor de salud: _____</p> <p>(comprobar) Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/></p>	<p>Describa cualquier acción correctiva para cualquier problema detectado y cualquier adaptación requerida.</p>
<p>2. Examen dental completo</p> <p>Fecha del examen: _____</p> <p>Resultados del _____</p> <p>_____ Dentista: _____</p>	<p>Describa cualquier acción correctiva para cualquier problema detectado y cualquier adaptación requerida.</p>
<p>3. Examen de audición</p> <p>Fecha del examen: _____</p> <p>_____ Proveedor de salud: _____</p> <p>Resultados del examen: _____</p>	<p>Describa cualquier acción correctiva para cualquier problema detectado y cualquier adaptación requerida.</p>

DH3040-CHP-07/2013



Nombre del niño (último, primero, medio)	Fecha de Nacimiento
--	---------------------

PARTE II — EVALUACIÓN MÉDICA

Para ser completado y firmado por el proveedor de atención médica SOLAMENTE:

El niño mencionado anteriormente ha tenido una historia completa y un examen físico en la siguiente fecha:

(El examen debe ser dentro de un año de la inscripción)

_____ Mes _____ Día _____ Año

Screening Results:

Height: _____ Weight: _____ BMI%: _____ B/P: _____ Hct/Hgb: _____ Lead: _____ Urinalysis: _____

Vision - Without Glasses	Right 20/_____	Left 20/_____	Passed <input type="checkbox"/>	Hearing – Right	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
Vision - With Glasses	Right 20/_____	Left 20/_____	Failed <input type="checkbox"/>	Hearing – Left	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
			Referred <input type="checkbox"/>				

Gross dental (teeth and gums) Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Head/scalp/skin Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Eyes/Ears/Nose/Throat Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Chest/Lungs/Heart Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Abdomen Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Postural assessment Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____

TB risk assessment done (Please review Targeted Testing Guidelines listed below.)

This child has the following problems that may impact the educational experience:

- Vision Hearing Speech/Language Physical Social/Behavioral Cognitive

Specify: _____

This child has a health condition that may require emergency action at school, e.g. seizures, allergies. Specify below.
 (This form will be stored in the child’s Cumulative Health Folder and may be accessed by both school and health personnel.)

Recommendations (Attach additional sheet if necessary): _____

(Please Check One)

- This child may participate fully in school activities including physical education.
 This child may participate in school activities including physical education with the following restriction/adaptation.
 (Specify reason and restriction) _____

Firma/Título del Proveedor de Atención Médica	Fecha	Dirección (por favor imprima o selle)
<input checked="" type="checkbox"/>	__/__/__	
Nombre (por favor imprima o estampe)		

Pautas de pruebas dirigidas a la tuberculosis para proveedores de atención médica

Riesgo de infección por tuberculosis:

Revise los siguientes riesgos y administre una prueba cutánea de Tuberculosis de Mantoux si el niño está en una o más categorías. La prueba de TB se administra de forma confidencial como parte del examen de salud. **No registre la administración de ninguna prueba de TB o información relacionada en este formulario.**

- Inmigrante reciente (< 5 años), visitante frecuente de áreas endémicas de TB
- Contacto cercano con el caso de TB activa
- Contacto frecuente con adultos con alto riesgo de enfermedad, VIH+, personas sin hogar, encarcelados, consumidores de drogas ilícitas
 - VIH + o tiene otras afecciones médicas que aumentan el riesgo de progresar de infección a enfermedad, por ejemplo, insuficiencia renal crónica, diabetes, neoplasia hematológica o cualquier otra neoplasia maligna, pérdida de peso > del 10% del peso corporal ideal, con medicamentos inmunosupresores Riesgo de enfermedad de TB activa:
 - ¿El niño presenta signos/síntomas de tuberculosis (por ejemplo , tos durante tres semanas o más, pérdida de peso, pérdida de apetito)?
 - Si los síntomas están presentes, haga un examen o refiérase para la evaluación de la enfermedad de TB.