

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL DE DELAWARE – ADOLESCENTE

Grados 7-12

Para ser utilizado por un proveedor de salud certificado:

Doctor (MD o DO), Enfermera Clínica Especializada (APN), Enfermera de Práctica Avanzada (APN), o Asistente Médico (PA)

A los padres o guardián:

Con el propósito de proveer la mejor experiencia estudiantil, el personal de la escuela debe entender las necesidades de salud del estudiante. Este formulario requiere de su información (Parte I), y de su proveedor de cuidados de salud o médico (Partes I, II y III). Todos los estudiantes en las escuelas públicas de Delaware deben proveer documentación actualizada de sus vacunas y un examen físico (en los últimos 2 años) desde la entrada a la escuela y en el noveno (9) grado.

Hable con su médico sobre aspectos importantes¹ referentes al estudiante como lo son:

- Desarrollo y Crecimiento Físico** (salud física y oral, imagen del cuerpo, alimentación, actividad física)
- Competencia Académica y Social** (relación con familiares, amigos, compañeros y en la comunidad; relaciones interpersonales; rendimiento académico)
- Bienestar Emocional** (manejo de la personalidad y salud mental, auto estima, sexualidad)
- Reducción de Riesgo y Seguridad** (tabaco, alcohol y otras drogas; embarazo; infecciones de transmisión sexual (STIs); planeación para desastres)
- Violencia y Prevención de Lesiones** (cinturón de seguridad, uso de cascos, consumo de drogas al estar en un vehículo, abuso de protección, armas, violencia interpersonal [pleitos/violencia de parejas], intimidación)
- Vacunación - Inmunizaciones**
 - **Influenza (de temporada)** Recomendada *cada año* para *todos* los niños (a partir de los 6 meses).
 - **Virus del Papiloma Humano (HPV)** es recomendado para niñas y niños (de 11 a 12 años, mínimo de 9 años) para prevenir cáncer o pre-cáncer y verrugas genitales.
 - **Hepatitis A, meningococo y neumococo** son recomendadas para ciertos grupos de alto riesgo.

Vacunas Requeridas para Estudiantes de Nuevo Ingreso a las Escuelas de Delaware

GRADOS 7-12: **DTaP/DTP, Td/Tdap:** 4 o más dosis. Si la 4ta. dosis es antes del 4to. cumpleaños, se requiere una 5ta. dosis. Los estudiantes que inicien la serie a los 7 años o más edad, sólo necesitan un total de 3 dosis. La División de Salud Pública recomienda la dosis de refuerzo de Td o Tdap para todos los estudiantes de 11 años de edad o 5 años después de recibir la última dosis de DTap, DTP, o DT.

Polio: 3 o más. Se requiere la 4ta. dosis cuando la 3ra. es recibida antes de los 4 años de edad.

MMR²: 2 dosis. La primera dosis al cumplir el primer año de edad o después. La 2da. dosis debe recibirse antes de cumplir 4 años de edad.

Hep B²: 3 dosis. Para estudiantes de 11 a 15 años de edad, dos dosis de la vacuna aprobada por el CDC pueden ser administradas.

Varicella³: 1-2 dosis. Administrar la primera dosis antes de cumplir el primer año de edad. Dos dosis son requeridas para los estudiantes de primer ingreso⁴ en: K-9 grado en el año lectivo 2012-2013, K-10 grado en el 2013-2014, K-11 grado en el 2014-15 and K-12 grado en el 2015-2016.

¹Basado en Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3^{ra} ed.) AAP, 2008

²Historial de sarampión, rubiola, paperas, y hepatitis B no serán aceptados al menos que sean confirmados por serología.

³Historial de varicela debe ser verificado por el médico para poder ser eximido de ser vacunado (a).

⁴Estudiante de primer ingreso es aquel que ingresa a un distrito escolar de Delaware por primera vez.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

Para ser completado por el padre de familia/guardián antes del examen.

Los comentarios del proveedor de cuidados de salud deben registrarse en la última columna.

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Nac.: _____

Fecha: _____ Examinador: _____

	Padre		COMENTARIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD
	Sí	No	
Retraso del desarrollo (habla, movimiento, otros)?			
Lesiones serias?			
Medicamentos?			
Hospitalizaciones?			
Cuándo? Razón?			
Cirugías? (Mencione todas)			
Cuándo? Razón?			
Problemas de audición o del oído?			
Problemas cardíacos/respiración corta?	Sí	No	
Soplos en corazón/Presión sanguínea alta?	Sí	No	
Mareos o dolor en el pecho al ejercitarse?	Sí	No	
Alergias (comidas, insectos, otros)?	Sí	No	
Historia de muerte súbita antes de los 50 en la familia?	Sí	No	
Estudiante se despierta en las noches tosiendo?	Sí	No	
Diagnosticado con asma?	Sí	No	
Desorden sanguíneo (hemofilia, células falciformes, otros) ?	Sí	No	
Pérdida o aumento de peso excesivo?	Sí	No	
Diabetes?	Sí	No	
Pérdida de funcionamiento de órganos (ojos, oídos, riñones, testículos)?			
Convulsiones?	Sí	No	
Lesiones en la cabeza/contusiones/desmayos?	Sí	No	
Problemas musculares, huesos, coyunturas /escoliosis?	Sí	No	
ADHD/ADD?	Sí	No	
Dudas sobre el comportamiento/conducta?	Sí	No	
Problemas de vista/ojos? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otros _____	Sí	No	
Problemas dentales? <input type="checkbox"/> Frenos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Dentaduras <input type="checkbox"/> Otros? Fecha de examen _____	Sí	No	
Otros diagnósticos?	Sí	No	
El estudiante posee seguro de salud?	Sí	No	
El estudiante posee seguro de salud dental?	Sí	No	

Esta información será proporcionada sólo a personal especializado y únicamente para propósitos escolares y de salud.

Padre de familia o guardián

Firma _____

Fecha _____

PARTE II VACUNAS-INMUNIZACIONES

Esta sección sólo debe ser completada por MD/DO/APN/NP/PA
 Un formulario VAR impreso puede adjuntarse en reemplazo de esta sección.

Inmunizaciones – Áreas sombreadas son REQUERIDAS. Regulación según el Título 14 Sección 804: Immunizations

DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /
OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /
PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /
Hib / /	Hib / /	Hib / /	Hib / /	
MMR / /	MMR / /	HepB /HepB-2 / /	HepB /HepB-2 / /	HepB / /
VAR / /	VAR / /	RV-2/ RV-3 / /	RV-2/ RV-3 / /	RV-3 / /
MCV4 / /	MCV4 / /	HPV / /	HPV / /	HPV / /
Hep A / /	Hep A / /	Td/ Tdap / /	Td/ Tdap / /	Td / /
Influenza / /	Influenza / /	PPSV23 / /	PPSV23 / /	
Other: / /	Other: / /	Other: / /	Other: / /	Other: / /

PARTE III – EXAMEN Y PRUEBAS

Esta sección sólo debe ser completada por MD/DO/APN/NP/PA

Examen	Altura: _____ Peso: _____ BMI: _____ Porcentel BMI: _____ BP: _____ Pulso: _____ Otros: _____ (pulgadas) (libras)
Examen Dental	<input type="checkbox"/> Problema Identificado: Referido para tratamiento <input type="checkbox"/> No Hay Problemas: Referido para prevención <input type="checkbox"/> Sin Referencias: Ha recibido atención médica dental
Examen de Tuberculosis	Estudiantes de primer ingreso deben cumplir con la prueba de TB o Evaluación de Riesgo de TB, la cual debe hacerse entre los 12 meses <u>antes</u> del inicio del año escolar o entrada a clases. Evaluación de Riesgo: Fecha _____ Resultados: <input type="checkbox"/> En Riesgo <input type="checkbox"/> Sin Riesgo Prueba Cutánea -Mantoux: Fecha _____ Resultados: _____ MM Otras: (tipo) _____ Fecha _____ Resultados: _____ MM
Otros Exámenes	Audición: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Referido: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Fecha Visión: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Referido: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Fecha Otras: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Referido: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Fecha

PARTE IV – EXAMEN COMPRENSIVO

Esta sección sólo debe ser completada por MD/DO/APN/NP/PA

EXAMEN FÍSICO	Marque (✓)		COMENTARIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD
	NORMAL	ANORMAL	
Apariencia General			
Piel			
Ojos			
Oídos			
Nariz/Garganta			
Boca/Dental			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Endocrino			
Gastrointestinal			
Genito-Urinario			
Neurológico			
Muscoesqueletal			
Examen de la Columna			
Estado Nutricional			
Estado de Salud Mental			

PARA CONDICIONES CRÓNICAS & CONDICIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA:

Estudiantes con condiciones que ponen en peligro la vida necesitan un plan de cuidados de emergencia para la escuela.

Por favor adjunte el plan de cuidados, protocolos, y/o el plan de cuidados de emergencia.

Por favor facilite al padre de familia la información sobre el Programa de Alerta de para Personas con Necesidades Especiales (siglas en inglés SNAP) para EMS.

Recomendaciones o Referencias: _____

DIAGNÓSTICO	PLAN DE EMERGENCIA ADJUNTO		PLAN DE CUIDADOS O DE MEDICAMENTOS ADJUNTO	
	SÍ	NO	SÍ	NO

Nombre en Imprenta: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Médico (MD o DO) Enfermera Clínica Especializada (APN) Enfermera de Práctica Avanzada (APN) Asistente Médico (PA)

Dirección: _____ **Tel.:** _____