

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL DE DELAWARE – INFANTIL

PreK- Sexto Grado

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:

- Escolar** (disposición o adaptación, después de clases, comunicación con padres y maestros, madurez, rendimiento, servicios especiales)
- Actividad Física y Mental** (peso saludable, dieta balanceada, actividad física, tiempo limitado de examen)
- Bienestar Emocional** (tiempo en familia, interacción social, auto estima, resolución de conflictos, amigos)
- Desarrollo y Crecimiento Físico** (cuidado dental, dieta saludable, pubertad)
- Prevención de Lesiones y Seguridad** (cinturón de seguridad, asientos especiales, seguridad al usar bicicletas, natación, abuso de protección, armas, seguridad en incendios, supervisión, protección solar, internet, infecciones, planeación para desastres)
- 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

KINDERGARTEN²: **DTaP/DTP:** 4 o más dosis. Si la 4ta. dosis es antes del 4to. cumpleaños, se requiere una 5ta. dosis.

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

MMR³: 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 B³: 3 dosis. Para estudiantes de 11 a 15 años de edad, dos dosis de la vacuna aprobada por el CDC pueden ser administradas.

Varicella⁴: 2 dosis. Administrar la primera dosis antes de cumplir el primer año de edad y la segunda dosis después del 4to. cumpleaños.

GRADOS 1-6:

DTaP/DTP: 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 cinco 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.

MMR³: 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 B³: 3 dosis. Para estudiantes de 11 a 15 años de edad, dos dosis de la vacuna aprobada por el CDC pueden ser administradas.

Varicella⁴: 2 dosis. Administrar la primera dosis antes de cumplir el primer año de edad y la segunda dosis después del 4to. cumpleaños.

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

²Estudiantes que ingresen a la escuela antes de los 4 años de edad deben seguir las recomendaciones actuales de la División de Salud Pública de Delaware.

³Historial de sarampión, rubiola, paperas, y hepatitis B no serán aceptados al menos que sean confirmados por serología.

⁴Historial de varicela debe ser verificado por el médico para poder ser eximido de ser vacunado (a).

PARTE I – HISTORIAL MÉDICO

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
Retraso del desarrollo (habla, movimiento, otros)?	Sí	No	
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	
agnosticado 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

Exa a	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			
Tiroides			
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.:** _____