

FORMULARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE DELAWARE – NIÑOS

Preescolar - Grado 6

A completar por un proveedor de atención médica matriculado:

Médico (MD o DO), Enfermera clínica especialista (APN), Enfermera de práctica avanzada (APN) o Asistente del médico (PA)

Padre, madre o tutor:

Para poder proveer la mejor experiencia educativa, el personal de la escuela debe entender las necesidades de salud de su hijo (a). Este formulario solicita información de usted (Parte I) y su proveedor de atención médica (Partes I, II y III). Todos los estudiantes en las escuelas públicas de Delaware deben presentar documentación de las inmunizaciones actuales. Adicionalmente, se requiere un examen de salud actual (dentro de 2 años) en el momento del ingreso escolar.

Consulte con su proveedor de atención médica acerca de problemas importantes¹ con respecto a su hijo(a), tales como:

- Escuela** (preparación o adaptación, actividades después de la escuela, comunicación entre padres y docentes, madurez, desempeño, servicios especiales)
- Actividad mental y física** (peso saludable, dieta equilibrada, actividad física, tiempo limitado frente a la pantalla televisión o computadora)
- Bienestar emocional** (tiempo con la familia, interacciones sociales, autoestima, resolución de conflictos, amigos)
- Crecimiento físico y desarrollo** (cuidado dental, alimentación saludable, pubertad)
- Lesiones y prevención de enfermedades y seguridad** (cinturón de seguridad o adaptador de asiento, seguridad en la bicicleta, natación, protección contra el abuso, armas, seguridad contra incendios, supervisión, protector de sol, internet, infecciones, planificación para desastres)
- Inmunizaciones/Vacunas**

Inmunizaciones/vacunas requeridas para nuevo estudiantes recién inscritos en escuelas de Delaware

JARDÍN DE INFANTES²:

- DTaP/DTP**: 4 o más dosis. Si la 4^o dosis se administró antes del 4^o cumpleaños, se requiere una 5^o dosis.
- Polio**: 3 o más dosis. Si la 3^o dosis se administró antes del 4^o cumpleaños, se requiere una 4^o dosis.
- MMR³**: 2 dosis. La 1^o dosis debe administrarse después del 1^o cumpleaños. La 2^o dosis debe administrarse después del 4^o cumpleaños.
- Hep B³**: 3 dosis.
- Varicela⁴**: 2 dosis. La 1^o dosis debe administrarse después del 1^o cumpleaños y la 2^o dosis después del 4^o cumpleaños.

GRADOS 1-6:

- DTaP/DTP**: 4 o más dosis. Si la 4^o dosis se administró antes del 4^o cumpleaños, se requiere una 5^o dosis. Los estudiantes que comienzan la serie después de los 7 años solo necesitan un total de 3 dosis. Se recomienda un refuerzo de Td o Tdap por parte de la División de Salud Pública para todos los estudiantes a los 11 años o cinco años después de la administración de la última dosis de DTaP, DTP o DT, lo que suceda más tarde.
- Polio**: 3 o más dosis. Si la 3^o dosis se administró antes del 4^o cumpleaños, se requiere una 4^o dosis.
- MMR³**: 2 dosis. La 1^o dosis debe administrarse después del 1^o cumpleaños. La 2^o dosis debe administrarse después del 4^o cumpleaños.
- Hep B³**: 3 dosis. Para niños de 11 a 15 años, pueden usarse dos dosis de una vacuna aprobada por el CDC.
- Varicela⁴**: 2 dosis. La 1^o dosis debe administrarse después del 1^o cumpleaños y la 2^o dosis después del 4^o cumpleaños.

Inmunizaciones son recomendadas por la División de Salud Pública de Delaware

- Vacuna contra Influenza (estacional)**: Cada año para todos los niños (mayores de 6 meses).
- Tétanos-Difteria-Pertussis (Tdap)**: Refuerzo a los 11 años o cinco años después de la última dosis
- Meningocócica (MCV4)**: Todos los niños a los 11 o 12 años, y una dosis de refuerzo a los 16 años
- Vacuna de papilomavirus humano (HPV)**: Todas niñas y niños (11 o 12 años)
- Vacuna neumocócica (PCV13)**: Niños con factores de riesgo específicos
- Vacuna neumocócica (PPSV)**: Ciertos grupos de alto riesgo
- Hepatitis A**: Niños no vacunados que tienen o tendrán un mayor riesgo

¹ Médicos consultar: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3^o ed.) AAP, 2008

² Los niños que ingresan a la escuela antes de los cuatro años deben observar las recomendaciones actuales de la División de Salud Pública de Delaware.

³ No se aceptarán antecedentes de sarampión, rubéola, paperas y Hepatitis B a menos que se confirme mediante análisis de suero.

⁴ Deben verificarse los antecedentes de varicela por un médico para la excepción de la vacunación.

PARTE I – ANTECEDENTES DE SALUD

*A completar por el padre/madre/tutor antes del examen
El proveedor de atención médica debe revisar e ingresar comentarios en la última columna.*

Nombre: _____ **Género:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Fecha: _____ **Examinador:** _____

	PADRE		COMENTARIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
¿Retraso en el desarrollo (habla, ambulaci ambulatorio, otro)?	Sí	No	
¿Lesión o enfermedad grave?			
¿Medicamentos?			
¿Hospitalizaciones?			
¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Cirugía? (Mencionar todas)			
¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Problemas en los oídos/audición?			
¿Problemas cardíacos/falta de aire?	Sí	No	
¿Soplo cardíaco/alta presión arterial?	Sí	No	
¿Mareos o dolor en el pecho con el ejercicio?	Sí	No	
¿Alergias (alimentos, insectos, otro)?	Sí	No	
¿Antecedentes familiares de muerte súbita antes de los 50 años?	Sí	No	
¿El niño se despierta tosiendo durante la noche?	Sí	No	
¿Diagnóstico de asma?	Sí	No	
¿Trastornos en la sangre (hemofilia, células falciformes, otro)?	Sí	No	
¿Aumento de peso excesivo o pérdida de peso excesivo?	Sí	No	
¿Diabetes?	Sí	No	
¿Pérdida de la función de un órgano o de órganos dobles (ojos, oídos, riñones, testículos)?			
¿Convulsiones repentina?	Sí	No	
¿Lesiones en la cabeza/concusiones/desmayos?	Sí	No	
¿Problema con los músculos, huesos, articulaciones/lesión/escoliosis?	Sí	No	
¿Enfermedad de falta de atención por hiperactividad/trastorno por deficiencia de atención?	Sí	No	
¿Preocupación sobre la conducta?	Sí	No	
¿Preocupación sobre los ojos/la visión? <input type="checkbox"/> Gafas de vista <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro _____	Sí	No	

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

¿Preocupaciones dental? <input type="checkbox"/> Aparatos dental <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Otro Fecha del examen _____	Sí	No	
¿Otros diagnósticos?	Sí	No	
¿Su hijo(a) tiene seguro de salud?	Sí	No	
¿Su hijo(a) tiene seguro dental?	Sí	No	
La información puede ser compartida con el personal apropiado para el propósito de salud y educación de mi hijo(a).			
Padre/Madre/Tutor			
Firma			Fecha

PARTE II - INMUNIZACIONES

Toda la sección debe ser completada por un MD/DO/APN/NP/PA
Se puede adjuntar el formulario VAR impreso en lugar de completar esta página.

Inmunizaciones – Las vacunas sombreadas son obligatorias. La reglamentación se incluye en el [Título 14 Sección 804: Inmunización](#)

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 / /	
Otro: / /	Otro: / /	Otro: / /	Otro: / /	Otro: / /

El niño está totalmente inmunizado según las recomendaciones de DPH/CDC (consulte la primera página) Sí

No

PARTE III - EXAMEN Y PRUEBAS

Toda la sección debe ser completada por un MD/DO/APN/NP/PA

Examen	Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Percentil de IMC: _____ Presión: _____ Pulso: _____ Otro: _____ (pulgadas) (libras)
Examen Examen	<input type="checkbox"/> Problema identificado: Derivado a tratamiento <input type="checkbox"/> Sin problema: Derivado para prevención <input type="checkbox"/> Sin derivación: Ya recibe atención odontológica
Examen de tuberculosis	Todos los nuevos estudiantes deben someterse a una prueba de TB o Evaluación de riesgo de TB, que debe realizarse dentro de 12 meses <u>antes</u> del ingreso escolar. Evaluación de riesgos: Fecha _____ Resultados: <input type="checkbox"/> Se requiere prueba <input type="checkbox"/> No se requiere prueba Prueba Mantoux en la piel: Fecha _____ Resultados: _____ MM Otro: (tipo) _____ Fecha _____ Resultados: _____ MM
Prueba de plomo	Se requiere la prueba de plomo para los niños entre 6 meses y 6 años de edad Fecha: _____ Resultads: _____
Otro Examen	Audición: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Derivación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Fecha Visión: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Derivación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Fecha Otro: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Derivación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Fecha

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

PARTE IV - EXAMEN COMPLETO

Toda la sección debe ser completa por un MD/DO/APN/PA

EXAMEN FÍSICO	Marcar (✓)			COMENTARIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
	NORMAL	ANORMAL	DERIVACIÓN	
Aspecto general				
Piel				
Ojos				
Oídos				
Nariz/garganta				
Boca/dental				
Cardiovascular				
Respiratorio				
Tiroides				
Gastrointestinal				
Genito-urinario				
Neurológico				
Músculo-esquelético				
Examen de la columna vertebral				
Estado de nutrición				
Estado de salud mental				

PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS Y QUE AMENAZAN LA VIDA:

Los niños con enfermedades peligrosas o crónicas para sus vidas necesitan un plan de atención de emergencia para la escuela.

Por favor, adjunte un plan de atención, protocolos y/o un plan de atención de emergencia.

Por favor de, darle al padre/madre información sobre el Programa de Alerta sobre Necesidades Especiales (por sus siglas en inglés, SNAP) para EMS.

Recomendaciones o derivaciones: _____

DIAGNÓSTICO	PLAN DE EMERGENCIA ADJUNTO		PLAN DE ATENCIÓN O PLAN DE PRESCRIPCIÓN ADJUNTO	
	SÍ	NO	SÍ	NO

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____
 Médico (MD o DO) Enfermera clínica especialista (APN) Enfermera de práctica avanzada (APN) Asistente del médico (PA)
 Dirección: _____ Teléfono: _____