



ESTADO DE FLORIDA Examen de salud para entrar a la escuela

Para el padre/madre/tutor: completar y firmar la parte I: historia médica del niño.

Para entrar a la escuela, la ley estatal exige un examen de salud hecho por un profesional legalmente calificado. Los distritos escolares locales pueden determinar más requisitos.

(Escribir en letra de molde)

| | | | |
|--|---------------------|--|-------|
| Nombre del menor (apellido, primer nombre, segundo nombre) | | Fecha de nacimiento | Sexo |
| Dirección (calle) | | Escuela | Grado |
| Ciudad y apartado postal | Teléfono de la casa | Nombre del padre/madre/tutor (apellido, primer nombre, segundo nombre) | |

PARTE I: HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

Para el padre/madre/tutor: marcar en la columna de la izquierda las respuestas a las preguntas de la 1 a la 8 abajo.

(Explicar cualquier respuesta "Sí" en el espacio que se da abajo)

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 (comida, insectos, medicamentos, etc.)?
4. Sí No ¿Algún medicamento recetado (diario u ocasionalmente)?
5. Sí No ¿Algún problema de la vista, la audición o el habla (anteojos, lentes de contacto, tubos en los oídos, aparato auditivo)?
6. Sí No ¿Alguna hospitalización, operación o enfermedad grave (especificar el problema)?
7. Sí No ¿Alguna lesión o accidente significativo (especificar el problema)?
8. Sí No ¿Le gustaría hablar sobre la salud de su hijo con un enfermero escolar?

Para el padre/madre/tutor: explicar cualquier respuesta "Sí" de arriba.

Soy el padre/madre/tutor del niño mencionado arriba. Doy permiso para que la información de las PARTES I y II de este formulario que se completó sobre mi hijo se revise y se use solo por el personal de esta escuela y cualquier personal de salud escolar que preste servicios médicos escolares en el distrito con el propósito limitado de cumplir las necesidades de salud y de educación de mi hijo.



Firma del padre/madre/tutor

Fecha

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

Para el padre/madre/tutor: obtener los servicios que se mencionan abajo para poder encontrar cualquier problema. Trabajar 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 exigen).

| | |
|---|---|
| 1. Examen integral de la vista (de 3 a 5 años) Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ Proveedor de atención médica: _____ (marcar uno) Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> | Describir cualquier acción correctiva para los problemas detectados y cualquier clase de adaptaciones necesarias. |
| 2. Examen dental completo Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ Dentista: _____ | Describir cualquier acción correctiva para los problemas detectados y cualquier clase de adaptaciones necesarias. |
| 3. Evaluación de audición Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ Proveedor de atención médica: _____ | Describir cualquier acción correctiva para los problemas detectados y cualquier clase de adaptaciones necesarias. |



Form fields for 'Nombre del menor' and 'Fecha de nacimiento'.

PARTE II : EVALUACIÓN MÉDICA

SOLO el proveedor de atención médica debe completar y firmar:

El menor mencionado arriba tuvo una historia completa y un examen físico en la siguiente fecha:

(El examen debe hacerse en el plazo de un año antes de la inscripción)

Form fields for 'Mes', 'Día', and 'Año'.

Resultados de la evaluación:

Form fields for 'Altura', 'Peso', '% BMI', 'B/P', 'Hct/Hgb', 'Plomo', and 'Análisis de orina'.

Table with 6 columns: Vision (with/without glasses), Right/Left eye, Hearing (right/left), and status (Approved/Rejected/Referred).

Form fields for physical exam categories: Dental, Head, Eyes/Ears/Nose/Throat, Chest/Lungs/Heart, Abdomen, and Postural evaluation.

Se hizo la evaluación de riesgos de TB (Revisar las directrices de pruebas dirigidas que se mencionan abajo).

Form fields for TB risk factors: Vision, Hearing, Speech/Language, Physical, Social/behavior, Cognitive.

Especificar:

Este menor tiene una condición de salud que puede necesitar una acción de emergencia en la escuela...

(Este formulario se guardará en la carpeta de salud acumulativa del menor y pueden tener acceso a ella el personal de la escuela y de salud).

Form fields for 'Recomendaciones'.

(Marcar una opción)

Form fields for participation options in school activities.

(Especificar el motivo y la restricción)

Form fields for provider signature, date, and address.

Directrices sobre las pruebas dirigidas de la tuberculosis para los proveedores de atención médica

Riesgo de infección por tuberculosis:

Revisar los siguientes riesgos y administrar una prueba cutánea TB de Mantoux si está en una o más categorías...

- List of risk factors for TB infection: recent immigrant, contact with TB cases, high-risk contacts, etc.

Riesgo de enfermedad de TB activa:

- ¿Presenta el menor señales/síntomas de tuberculosis (por ejemplo: tos durante tres semanas o más, pérdida de peso, pérdida de apetito)?
- Si los síntomas están presentes, hacer un examen o remitir para la evaluación de la enfermedad de TB.