

ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO(A)

Por favor escriba en letra de molde

Nombre del Estudiante				Fecha de Nacimiento		Sexo	Escuela		Grado / Núm. de Identificación						
Apellido		Nombre		Inicial		Mes/Día/ Año									
Dirección				Calle		Ciudad		Zona Postal		Padres / Tutor		Núm. de Teléfono de Casa		Trabajo	
VACUNAS: Para ser completado por el proveedor de cuidado d salud. Indique el mes/día/año para <i>cada</i> dosis administrada. El día y el mes se requiere si usted no puede determinar si la vacuna se administró <i>después</i> del intervalo mínimo o edad. Si una vacuna específica está médicamente contraindicada, una declaración aparte por escrito se debe adjuntar explicando la razón médica por esta contraindicación.															
VACUNAS / DOSIS				1 MES DÍA AÑO		2 MES DÍA AÑO		3 MES DÍA AÑO		4 MES DÍA AÑO		5 MES DÍA AÑO		6 MES DÍA AÑO	
Difteria, Tétano y Pertusis (DTP o DTaP)															
Difteria y Tétano (DT o Td Pediátrica)															
Polio Inactivo (IPV)															
Polio Oral (OPV)															
Haemófilo influenza tipo b (Hib)															
Hepatitis B (HB)															
Varicela (Chickenpox)															
Combinado Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)															
Sarampión (Rubéola)															
Rubéola (sarampión de 3-días)															
Paperas															
Neumocócico (no se requiere para ingresar a la escuela Marque tipo específico (PCV7, PPV23) Fecha				☐ PCV7 ☐ PPV23		☐ PCV7 ☐ PPV23		☐ PCV7 ☐ PPV23		☐ PCV7 ☐ PPV23		☐ PCV7 ☐ PPV23		☐ PCV7 ☐ PPV23	
Otro (Especifique: Hepatitis A, meningococcal),															
Proveedor de Cuidado de Salud (MD, APN, PA, profesional de salud escolar, oficial de salud) que verifica el historial de vacunas arriba tiene que firmar a continuación.															
Firma				Título				Fecha							
Firma				Título				Fecha							
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)															
Firma				Título				Fecha							
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)															

COMPROBANTE ALTERNATIVO DE INMUNIDAD													
1. El diagnóstico clínico se acepta si es verificado por un médico * (Todos los casos de <u>sarampión</u> diagnosticados en o después del 1ero de julio de 2002, se deben comprobar por medio de evidencia de laboratorio.)													
*SARAMPIÓN (Rubéola) MES DÍA AÑO PAPERAS MES DÍA AÑO VARICELA MES DÍA AÑO Firma del Médico													
2. El historial de la enfermedad de varicela (chickenpox) se acepta si se comprueba por un proveedor de cuidado de salud, profesional de salud escolar u oficial de salud. La persona que firma a continuación verifica que la descripción del padre / tutor del historial de enfermedad de la varicela indica una infección pasada y acepta tal historial como documentación de la enfermedad.													
Fecha de la Enfermedad:				Firma				Titulo				Fecha	
3. Confirmación del laboratorio (marque uno)				☐ Sarampión		☐ Paperas		☐ Rubéola		☐ Hepatitis B		☐ Varicela	
Resultados de Laboratorio				Fecha		MES DÍA AÑO		(Adjunte copia del reporte de laboratorio, si está disponible.)					

DATOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE VISIÓN Y AUDICIÓN																	
Pre -escolar- anualmente comenzando a la edad de 3, Edad escolar – en el grado requerido durante el año escolar.																	
Fecha																	Código: P = Pasó F = Falló U = No se pudo examinar R = Referido G/C=Lentes/ Lentes de Contacto
Edad/Año																	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
Visión																	
Audición																	

Imprimió con la Autoridad del Estado de Illinois
(Complete Ambos Lados)

Nombre del Estudiante				Fecha de Nacimiento		Sexo	Escuela		Grado / Núm. De Ident.	
Apellido		Nombre		Inicial		Mes / Día / Año				
HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD										
ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)					MEDICINAS (Anote todas las recetasas o tomadas con regularidad.)					
¿Diagnosis de Asma?		Sí	No	Indique Severidad		¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos /Oídos / Riñones / Tactícuoos)		Sí	No	
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?		Sí	No			¿Hospitalizaciones?				
¿Defectos de Nacimiento?		Sí	No			¿Cuándo? ¿Para Qué?		Sí	No	
¿Retrasos del Desarrollo?		Sí	No							
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique		Sí	No			¿Cirugía? (Anótelas Todas)		Sí	No	
¿Diabetes?		Sí	No			¿Cuándo? ¿Para Qué?				
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?		Sí	No			¿Heridas Graves o Enfermedad?		Sí	No	
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?		Sí	No			¿Prueba positiva de la piel para el TB (Pasado o Presente)?		Sí *	No	*Si contestó sí, referencia al departamento de salud local
¿Problemas Cardiacos / Falta de Respiración?		Sí	No			¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?		Sí *	No	
¿Soplo Cardiaco / Presión Arterial Alta?		Sí	No			¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?		Sí	No	
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?		Sí	No			¿Uso de Alcohol / Drogas?		Sí	No	
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes		9	Lentes de Contacto	9	Último Examen	¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)				
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)						Dental 9 Ganchos 9 Puente 9 Placas Otro				
¿Problemas de Audición?		Sí	No			¿Otras Preocupaciones?				
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?						La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.				
						Firma del Padre / Tutor				
						Fecha				
LA SECCIÓN TOTAL QUE SIGUE DEBE SER COMPLETADA POR MD/DO/APN/PA (* INDICA EXAMINACIÓN ORDENADA POR INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA DEL ESTADO)										
REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO			ALTURA		PESO		BMI		B/P	
EVALUACIÓN DE DIABETES BMI>85% edad / sexo Sí No Y uno de los dos siguientes: Historial Familiar Sí No Minoría étnica Sí No										
Muestras de Resistencia a la Insulina (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Sí No Está en Riesgo Sí No										
CUESTIONARIO DEL PLOMO* se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela con licencia o escuela pública, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil y / o kindergarten. Se Indicó Examen de Sangre? Sí No Fecha del Examen de Sangre Resultado de Examen de Sangre (Si el niño(a) reside en Chicago, se requiere examen de la sangre.)										
Examen de la piel para el TB Se recomienda sólo para niños en grupos de alto riesgo, incluye a niños que tienen sistema inmune supreso debido a infección del VIH (HIV) u otras condiciones, inmigrantes recién llegados de países de alta prevalencia, o aquellos adult os expuestos en categorías de alto riesgo. Vea las guías del CDC. Fecha que se leyó / / Resultado mm										
PRUEBAS DE LAB. *INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO			Fecha		Resultados				Fecha	
Hemoglobina * o Hematocrito*							Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como en mujeres)			
Análisis de Orina							Otro			
SISTEMA DE REVISIÓN		Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades					Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades	
Piel						Endocrino				
Oídos						Gastrointestinal				
Ojos		Normal Sí No Evaluación objetiva Sí No Resultado				Génito-Urinario		LMP		
Ambliopía Sí No Referencia al Oftalmólogo/Optometrista Sí No					Necrológico					
Naríz						Músculo esqueleto				
Garganta						Examinación de espina dorsal				
Boca / Dental						Estado de Nutrición				
Cardiovascular/HTN						Salud Mental				
Respiración										
NECESIDADES/MODIFICACIONES requeridas en el ámbito escolar						DIETA Necesidades / Restricciones				
INSTRUCCIONES ESPECIALES/ DISPOSITIVOS ejem. lentes de protección, ojo de vidrio, protector de pecho para la arritmia, marcapasos, aparato de prótesis, puentes dentales, dentaduras, sostén / copa para deportes										
SALUD MENTAL / OTRO: ¿Piensa usted que hay algo más que la escuela debe saber sobre el estudiante?										
Si a usted le gustaría hablar de la salud de este estudiante con la escuela o personal de salud escolar, marque el título: Enfermera Maestro Consejero Principal										
ACCIÓN DE EMERGENCIA se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejem., convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias de alimentos, alergia al cacahuate (mani), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? Sí No Si contestó sí, por favor descríballo.										
Basado en el examen de este día, yo apruebo que este niño(a) participe en: (Si la respuesta es No o es Modificada, po r favor adjunte explicación)										
EDUCACIÓN FÍSICA Sí ? No ? Modificada ? DEPORTES ENTRE ESCUELAS (por un año) Sí No Limitado										
Médico / Enfermera de Práctica Avanzada / Asistente de Médico que hace el examen										
Nombre (letra de molde)				Firma				Fecha		
Dirección				Teléfono						
(Complete ambos lados)										