

**FORMULARIO REQUERIDO PARA EL EXAMEN DE SALUD ESCOLAR DE NYS  
DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA O EL DIRECTOR MÉDICO DE  
LA ESCUELA SI UN ÁREA NO ES EVALUADA, INDIQUE QUE NO SE HA HECHO**

**Nota:** NYSED requiere un examen físico para los nuevos participantes y estudiantes en los grados Pre-Kor K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para los deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

nombre	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dob:
escuela:	grado:	Fecha del examen:

**HISTORIAL DE SALUD**

Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	tipo: <input type="checkbox"/> Orden de medicación / tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> plan de atención de anafilaxia adjunto
Asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Orden de medicación / tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> plan de atención del asma adjunto
Convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	Tipo: Fecha de la última incautación: <input type="checkbox"/> Orden de medicación / tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> plan de atención de convulsiones adjunto
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indicar el tipo	Tipo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Orden de medicación/tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> plan de administración médica para la diabetes adjunto

**Factores de riesgo para la diabetes o la prediabetes:** Considere la posibilidad de realizar pruebas de detección T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational DM de Hx familiar, etnia, resistencia a la insulina Sx, Hx gestacional de la madre y/o prediabetes.

BMI kg/m<sup>2</sup>

Percentil (categoría de estado de peso):  <5th  5th-49th  50th-84th  85th-94th  95th-98th  99th and >

Hiperlipidemia:  No  Sí  No Hecho Hipertensión:  No  Sí  No Hecho

**EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA**

Altura:	Peso:	BP:	Pulso:	Respiraciones:
<u>laborata</u> y TestirC	Positivo	Negativo	fecha	Enumere otras preocupaciones médicas pertinentes (por ejemplo, conmoción cerebral, salud mental, un órgano funcional)
TB-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pantalla de células falciformes-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nivel de plomo requerido Grados Pre- K & K	fecha			
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Plomo elevado >5 µg/dl				

Revisión del sistema de y hallazgos anormales enumerados a continuación

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Discurso
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Espalda/Columna Vertebral	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Social Emocional
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Musculo-esquelético

<input type="checkbox"/> Evaluación/Anomalías observadas/Recomendaciones:	Diagnósticos/Problemas (lista)	ICD-10 Código
<input type="checkbox"/> Información adicional adjunta	*Requerido solo para estudiantes con un IEP recibiendo Medicaid	

nombre:				DOB:
<b>Proyecciones</b>				
Visión (con corrección si se prescribe)	Correc to	Izqui erda	recomendación	No hecho
Agudeza de distancia	20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Cerca de la agudeza de la visión	20/	20/		<input type="checkbox"/>
La detección de la percepción del color <input type="checkbox"/> Aprobar <input type="checkbox"/> Fallar				<input type="checkbox"/>
Notas				
La aprobación de la audición indica que el estudiante puede escuchar 20dB en todas las frecuencias: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; para los grados 7 y 11 también prueba a 6000 & 8000 Hz.				No hecho
Detección de tono puro	Derecho <input type="checkbox"/> Aprobar <input type="checkbox"/> Fallar	Izquierdo <input type="checkbox"/> Aprobar <input type="checkbox"/> Fallar	Remisión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Notas				
Escoliosis Pantalla Niños en el grado 9, y Niñas en los grados 5 y 7	Negativo	Positivo	Remisión	No hecho
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<b>RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/JUEGOS INFANTILES/TRABAJO</b>				
<input type="checkbox"/> El estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones. <input type="checkbox"/> El estudiante tiene restringida la participación en: <input type="checkbox"/> Deportes de contacto: Baloncesto, Porristas competitivos, Buceo, Esquí alpino, Hockey sobre césped, Fútbol, Gimnasia, Hockey sobre hielo, Lacrosse, Fútbol y Lucha libre. <input type="checkbox"/> Deportes de contacto limitados: Béisbol, Esgrima, Softbol y Voleibol. <input type="checkbox"/> Deportes sin contacto: Tiro con arco, Bádminton, Bolos, Cross-Country, Golf, Riflería, Natación, Tenis y Atletismo. <input type="checkbox"/> Otras restricciones:				
Etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética <u>SÓLO</u> se requiere para los estudiantes en los grados 7 y 8 que deseen jugar en el nivel de deportes interescolares de la escuela secundaria o grados 9-12 que deseen jugar en el nivel de deportes interescolares modificados. Etapa Tanner: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Edad de la Primera Menstruación (si corresponde): _____				
<input type="checkbox"/> Otros alojamientos*: (por ejemplo, aparato ortopédico, ortesis, bomba de insulina, protético, gafas deportivas, etc.) Utilice el espacio adicional a continuación para explicar. *Consulte con el organismo rector deportivo si se requiere aprobación previa / finalización del formulario para el uso del dispositivo en competiciones atléticas.				
<b>Medicamentos</b>				
<input type="checkbox"/> Formulario de pedido de medicamentos necesarios en la escuela adjunto				
<b>Vacunas</b>				
<input type="checkbox"/> Registro adjunto <input type="checkbox"/> reportado en NYSIS				
<b>Proveedor de salud</b>				
Firma del proveedor médico:				
Nombre del proveedor: (por favor imprimo)				
Dirección del proveedor:				
Teléfono: Fax:				
<b>Por favor, devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando se complete.</b>				