

**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)																		Comentarios:		
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			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> 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			Título			Fecha						
3. Confirmación del laboratorio (marque uno) <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> 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	
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 (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnóstico de Asma?	Sí	No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Tarsales)	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 (Dermato Pruebas)?	Sí *	No
¿Problemas Cardiacos / Falta de Respiración?	Sí	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí *	No
¿Soplo Cardiacos / 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?)	Sí	No
¿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?				Firma del Padre / Tutor		
				Fecha		

LA SECCIÓN TOTAL QUESIGUE 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Y uno de los dos siguientes: Historial Familiar Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Minoría étnica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Muestras de Resistencia a la Insulina (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Está en Riesgo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

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 adultos o 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	Resultados
Hemoglobina * o Hematocrito*				Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como se requiera)
Análisis de Orina				Otro

SISTEMA DE REVISIÓN	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades
Piel			Endocrino	
Oídos			Gastrointestinal	
Ojos	Normal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evaluación objetiva Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado _____ Ambliopía Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrista Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Génito-Urinario	LMP
Naríz			Neurrológico	
Garganta			Músculo esquelito	
Boca / Dental			Examinación de espina dorsal	
Cardiovascular/HTN			Estado de Nutrición	
Respiración			Salud Mental	

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 (maní), 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, por 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)