

Información de la salud necesaria para la Matrícula de Kindergarten

Por favor traiga la siguiente información a su cita de matrícula de Kindergarten.

Examen físico:

- Una copia del examen físico más reciente de su hijo/a (DEBE SER dentro de los últimos 12 meses)
- Examen de la vista pre-escolar (del proveedor de atención médica, DEBE SER dentro de los últimos 12 meses)

Vacunas:

- 5 dosis de Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
- 4 dosis de Poliomielitis
- 3 dosis de Hepatitis B
- 2 dosis de Sarampión (MMR)
- 2 dosis de Varicela o documentación médica de historia de varicela.

Formularios de salud :

- Formulario de información de emergencia del estudiante
- Formulario de historial médico del estudiante.

Pruebas:

- Prueba de plomo.
- Prueba de Tuberculosis (TB) y sus resultados o formulario de evaluación de riesgos.

Si tiene una cita programada para el examen físico o vacunas de su hijo/a durante los meses del verano, solicite una copia del médico y envíela a la enfermera de la escuela de su hijo/a antes del 31 de agosto, 2012.

Muchas gracias por su colaboración.



Escuelas Públicas de Framingham

Servicios de Salud Escolar

29 Upper Joclyn Ave

Framingham, MA 01701

Tel.: 508-626-9197

Fax: 508-620-4917

portada / Kindergarten reg./ 12-11

**ESCUELAS PÚBLICAS DE FRAMINGHAM
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
Información de emergencia del estudiante**

La información de la persona a contactar en caso de emergencia debe ser precisa y actualizada. Favor de comunicarse con la enfermera de su escuela si hay algún cambio.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Celular : _____
Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Celular: _____
Teléfono: _____

En caso de una emergencia, si no se puede contactar a los padres, la escuela tiene la autorización para contactar a:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono : _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

En caso de una enfermedad seria o un accidente que ocurra en la escuela, favor de comunicarse con el médico de mi niño/a:

Dr.: _____ Teléfono: _____

En caso de una lesión en los dientes que requiera cuidado de emergencia, favor de comunicarse con el dentista de mi niño/a:

Dentista: _____ Teléfono: _____

¿Nos autoriza a compartir el historial médico de su niño/a con el personal de la escuela que necesite conocerlo? Sí No

¿Tiene seguro médico? Sí No

Compañía de seguro: _____

¿Necesita información acerca de los seguros médicos de Massachusetts? Sí No

Si es así, ¿En que idioma? _____ ¿Necesita ayuda para llenar los formularios del seguro? Sí No

En caso de una emergencia en donde los padres no pueden ser contactados, autorizo a la escuela a obtener tratamiento médico de emergencia para mi niño/a.

Información/comentarios adicionales: _____

Firma del padre/tutor

Fecha

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Favor de escribir en letra de molde

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____ Lengua materna _____

Historial del desarrollo

¿Hubo alguna dificultad en el embarazo, parto o nacimiento de su niño/a?

Si ___ No ___ Por favor describa _____

¿Nació su niño/a al término del embarazo? Si ___ No ___

¿Nació su niño/a prematuramente? Si ___ No ___

¿Cuántas semanas antes o después nació su niño/a? _____

¿Estaba su niño/a en buen estado al nacer? Si ___ No ___

¿Qué dificultades tuvo su niño/a de recién nacido? _____

¿A que edad logro su niño/a lo siguiente:

Voltearse ___ Sentarse sin ayuda ___ Gatear ___

Caminar independientemente ___ Hablar ___

ALERGIAS:

¿Padece su niño/a alguna alergia (abejas, insectos, alimento, medicina, ambiente)? Si ___ No ___ Describe: _____

¿Hay algún alimento que su niño/a no debe comer? Si ___ No ___ ¿Qué alimentos? _____

MEDICAMENTOS:

¿Tomas su niño/a algún medicamento o recibe algún tratamiento regularmente? Si ___ No ___

Describe las razones por la cual toma la medicina o recibe algún tratamiento: _____

<u>Medicamentos</u>	<u>Dosis</u>	<u>Médico que la receta</u>	
---------------------	--------------	-----------------------------	--

<u>HA TENIDO SU NIÑO/A</u>	Si	No	Fecha
Varicela	_____	_____	_____
Sarampión Alemán	_____	_____	_____
Sarampión	_____	_____	_____
Paperas	_____	_____	_____
Infección por estreptococos	_____	_____	_____
Pertussis (tos ferina)	_____	_____	_____
Polio	_____	_____	_____
Difteria	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Meningitis	_____	_____	_____
Encefalitis	_____	_____	_____
Neumonía	_____	_____	_____
Enfermedad de Lyme	_____	_____	_____

Otros: _____

¿TIENE SU NIÑO/A UN DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA:

	Si	No	Fecha
Trastorno de Ansiedad	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____
Déficit de atención	_____	_____	_____
Trastornos del sueño	_____	_____	_____
Dificultades con la visión	_____	_____	_____
Parálisis cerebral	_____	_____	_____
Fibrosis Cística	_____	_____	_____
Problemas de audición	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Encopresis	_____	_____	_____
Trastornos alimentarios	_____	_____	_____
Epilepsia/ataques	_____	_____	_____
Problemas del corazón	_____	_____	_____
Enfermedades de los riñones	_____	_____	_____
Asuntos de la salud mental	_____	_____	_____
Migraña	_____	_____	_____
Distrofia Muscular	_____	_____	_____
Síndrome de Tourettes	_____	_____	_____
Otra condición crónica de la salud	_____	_____	_____

Explique: _____

¿Ha tenido su niño/a alguna CIRUGÍA: Por favor describa:

<u>Tipo</u>	<u>Hospital</u>	<u>Fecha</u>
-------------	-----------------	--------------

HA TENIDO SU NIÑO/A PROBLEMAS CON:

Si No

- la visión: _____
- el habla: _____
- la audición: _____
- los oídos: infecciones frecuentes /dolores de oído _____
- dolores de garganta frecuentes _____
- agrandamiento de las amígdalas o las adenoides _____
- sangre frecuente por la nariz _____
- infecciones del seno nasal _____
- problemas dentales _____
- sobrepeso _____
- peso menos de lo normal _____
- sed todo el tiempo _____
- dolores de cabeza frecuentes _____
- mareos o periodos de desmayo _____
- comportamiento agresivo _____
- cambios de humor _____
- condiciones de la piel _____
- dolor en el pecho _____
- soplo del corazón _____
- tos persistente o silbidos _____
- fatiga _____
- dolor de estomago _____
- estreñimiento crónico _____
- diarrea crónica _____
- orina frecuente _____
- ardor al orinar _____
- dolor, inflamación, entumecimiento en las articulaciones _____
- al caminar o al moverse _____
- entumecimiento, hormigueo, debilidad el sueño _____
- uso de drogas, alcohol, o tabaco _____
- comportamientos arriesgados _____

Si contesto que si, favor de describir y dar el nombre del médico si está bajo tratamiento _____

ACCIDENTE/LESIÓN

TIPO DE LESIÓN **HOSPITAL** **FECHA**

HA SIDO HOSPITALIZADO POR ALGUNA OTRA CONDICIÓN O ENFERMEDAD Si _____ No _____

Problema	Hospital	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MENSTRUACIÓN:

¿HA COMENZADO SU NIÑA A MENSTRUAR?

Si _____ No _____

Edad de la primera menstruación _____

Describe cualquier problema o preocupación _____

¿Toma ella algún medicamento para aliviar cualquier malestar o irregularidad? Si _____ No _____ ¿Qué medicamento? _____

¿USA SU NIÑO ALGUNA AYUDA O EQUIPO?

SI NO

Lentes de contacto _____

Lentes _____

Audífono _____

Muletas _____

Abrazaderas para los brazos, _____

las piernas o la espalda _____

Silla de ruedas _____

Aparato dental o frenos _____

Tubo para alimentar _____

Inhalador o nebulizador _____

Bomba de insulina _____

Oxigeno _____

Catéter (orina) _____

Otros, por favor describa: _____

¿PUEDE SU NIÑO/A PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES DE LA ESCUELA? si _____ No _____

Si contestó que no, favor de explicar: _____

¿HAY ALGÚN MIEMBRO INMEDIATO DE LA FAMILIA DE SU NIÑO/A QUE TENGA UN HISTORIAL DE:

Si No Parentesco

Asma _____

Tuberculosis _____

Ataques _____

Diabetes _____

Enfermedades _____

del corazón _____

Obesidad _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

**MEDICINAS QUE SE VENDEN SIN RECETAS (OTC)
FORMULARIO DE PERMISO PARA LOS PADRES**

El médico de las Escuelas Públicas de Framingham, con la aprobación del Comité Escolar, y cumpliendo con las normas del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (105 CMR 210.00), ha autorizado a las enfermeras del distrito a administrarle los siguientes medicamentos que se venden sin recetas a los estudiantes durante el horario escolar.

IBUPRÓFENO (Advil, Motrin)—para dolor de cabeza o cuerpo o cólicos menstruales
ACETAMINOFÉN (Tylenol)—para dolor de cabeza o cuerpo o cólicos menstruales
BENADRYL—para alergias
TUMS/MAALOX—para dolor de estómago
Visine Allergy Relief—para alergias de los ojos

Para asegurarnos que los medicamentos OTC se le administran adecuadamente a los estudiantes durante el día escolar, la enfermera de la escuela:

- Evaluará la condición del estudiante, la descripción actualizada del medicamento, el historial de alergias y la necesidad del medicamento.
- Revisará el formulario de permiso firmado por los padres, que es válido durante un año escolar.
- Llamará al padre/tutor para confirmar, cuando sea necesario, la fecha en que se le administró la última dosis.
- Administrará la dosis correcta siguiendo las indicaciones del médico.
- Documentará la administración del medicamento en el registro de visita de la enfermería.
- Contactará al padre/tutor que ha solicitado que se le notifique después que se le haya administrado algún medicamento OTC a su niño/a durante el horario escolar.

Los medicamentos serán suministrados por el Departamento de Servicios de Salud Escolar.

Autorizo a la enfermera de la escuela a administrarle a mi hijo/a el siguiente medicamento, cuando sea necesario, durante el horario escolar.

Por Favor Marque Los Que Usted Permite:

IBUPRÓFENO ACETAMINOFÉN BENADRYL TUMS/MAALOX VISINE ALLERGY RELIEF

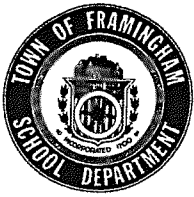
Escuela: _____
Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____
Firma del padre: _____ Fecha _____
Números de teléfonos de los padres:
(trabajo) _____ (celular) _____ (hogar) _____

Favor de notificarme cuando se le administre cualquier medicamento OTC a mi hijo/a durante el horario escolar. Sí _____ No _____

Comentarios: _____



Framingham Public Schools
School Health Services
29 Upper Joclyn Ave
Framingham, MA 01701
08-626-9197 Fax: 508-620-4917



Framingham Public Schools

29 Upper Joclyn Ave.

Framingham, Massachusetts 01701

Tel:(508) 626-9197

Fax:(508) 620-4917

Normas Para La Prueba De Tuberculosis En La Junta De Salud De Framingham

Cuestionario Para Identificara Un Niño (A) En Posible Riesgo

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____

1) ¿Razón para la revisión/prueba de TB? _____

2) ¿Nació el niño(a) fuera de los Estados Unidos? _____ ¿Dónde? _____

3) ¿Ha estado el niño(a) viviendo fuera de los Estados Unidos? _____. ¿Por cuanto tiempo? _____

4) ¿Le han hecho al niño(a) anteriormente la prueba de la piel de tuberculina? _____ Si la respuesta es no, vaia a la pregunta #6.

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____ Resultados _____

5) ¿Ha viajado el niño(a) fuera de los Estados Unidos después de haberse hecho la prueba? _____

Si esto es así, ¿se le ha hecho la prueba al niño(a) después de haber regresado a los Estados Unidos? _____ Resultados _____

6) ¿Ha vivido el niño(a) o ha pasado algún tiempo con alguien que posiblemente o definitivamente tuvo tuberculosis? _____

7) ¿Algún miembro en el hogar ha resultado positivo en la prueba de la piel de tuberculina? _____

8) ¿Hay alguna persona viviendo en el hogar que vino a los Estados Unidos procedente de otro país? _____

9) ¿Ha vivido el niño(a) o ha pasado algún tiempo con adultos que:

a) no tenían un hogar y vivían en las calles o en un refugio? _____

b) tienen SIDA o han sido infectados con el virus de HIV? _____

c) usaron drogas intravenosas o drogas de la calle? _____

d) vivieron en una correccional, residencia de ancianos o institución mental? _____

Para uso de la oficina solamente.

Resultados previos de la prueba de TB _____. Fecha _____. Efectuada en _____.

El paciente es _____ no es _____ un candidato para la prueba de TB.

_____ EC