



Framingham Public Schools

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS

73 Mount Wayte Avenue, Suite 5, Framingham, MA. 01072

Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

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 ESTAR dentro de los últimos 12 meses)
- Examen de la vista del pre-escolar (del proveedor de atención médica, DEBE ESTAR dentro de los últimos 12 meses)

Vacunas:

- 5 dosis de difteria, tétanos y tosferina (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 diligenciados:

- Formulario de información de emergencia.
- Formulario de antecedentes de salud.

Pruebas:

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

Una vez que el estudiante sea asignado a una escuela, por favor haga una cita con la enfermera de la escuela. Complete todos los formularios. **Por favor lleve todos los formularios y documentación sobre las vacunas a su cita con la enfermera.** La enfermera revisará la información con usted. El estudiante podrá empezar la escuela una vez que toda la información de salud sea recibida.

Muchas gracias por su colaboración.



Framingham Public Schools

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5, Framingham, MA. 01072
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

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 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 ami 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 _____

Numeros de telefonos 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

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5, Framingham, MA. 01072
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

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

Cuestionario Para Identifiers Un Niño '(A) En Posible Riesgo

NOMBRE _____ FECHA DE _____
NACIMIENTO _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____

- 1) ¿Razon 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

**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 de los padres: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Celular : _____
Teléfono: _____

Nombre de los padres: _____ 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 ___ Describa: _____

¿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

<u>TIPO DE LESIÓN</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>FECHA</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 _____