



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 médica necesaria para la matrícula de un estudiante nuevo de 1^{ro} a 12^{vo} grado

A continuación encontrará una lista con información médica que se le requiriere a cada estudiante de 1^{ro} al 12^{vo} grado antes de entrar en las escuelas públicas en Framingham. Para comenzar en la escuela, su niño/a necesitará documentación de las siguientes inmunizaciones y evaluaciones:

Inmunizaciones/evaluaciones:

Examen físico:

- Copia del examen físico más reciente de su niño/a (hecho en los últimos 12 meses)

1^{ro}-6^{to} GRADO:

- DTaP/DTP (difteria, tétano, tos ferina) - 4 dosis o más o 3 dosis o más de Td
- Polio - 3 dosis o más
- MMR (paperas, sarampión, rubéola) - 2 dosis
- Hepatitis B- 3 dosis
- Varicela - 2 dosis o historial de la varicela documentada por un médico.
- Prueba para detectar la presencia de plomo
- Prueba de TB (tuberculosis) y los resultados o formulario de evaluación de riesgo

7^{mo}-12^{avo} GRADO:

- DTaP/DTP (difteria, tétano, tos ferina) - 4 dosis o 3 dosis o más de Td, además, 1 refuerzo de Td (Tdap -también es aceptable)
- Tdap - 1 dosis
- Polio - 3 dosis o más
- Varicela 2 dosis o historial de la varicela documentada por un médico
- MMR (paperas, sarampión, rubéola) - 2 dosis
- Hepatitis B- 3 dosis
- Prueba de TB (tuberculosis) y los resultados o formulario de evaluación de riesgo

Favor de llenar los siguientes formularios:

- Formulario de información para utilizarse en caso de emergencia
- Formulario de historial médico

Una vez que se le haya asignado una escuela a su niño/a, favor de hacer una cita para reunirse con la enfermera de la escuela. Llene todos los formularios. Traiga consigo todos los formularios y la documentación de las inmunizaciones a la cita. La enfermera revisará el historial médico de su niño/a. Su niño/a podrá comenzar en la escuela tan pronto se reciba todo el historial médico.

Muchas gracias por su cooperación.

For Student/Sign



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



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: _____

**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: _____

Medicamentos	Dosis	Médico que la receta

HA TENIDO SU NIÑO/A	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:

Tipo	Hospital	Fecha

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 _____