



**ESTADO DE FLORIDA**  
**Examen de Salud de**  
**Entrada Escolar**

**Para Padre/Guardián:** Por favor complete y firme la Parte I — Historia Médica del Niño.

La ley estatal para la entrada a la escuela requiere un examen de salud por un profesional legalmente calificado. Los requisitos adicionales pueden ser determinados por los distritos escolares locales.

*(Imprima por favor)*

Nombre del niño (último, primero, medio)		Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección (Calle)		Escuela	Grade
Ciudad y código postal	Número de teléfono de casa	Padre/Guardián (último, primero, medio)	

**PARTE I — HISTORIA MEDICA DEL HIJO**

**Para Padre/Guardián:** Por favor, compruebe las respuestas a las preguntas 1 a 8 a continuación en la columna de la izquierda.

*(Por favor explique cualquier respuesta "Sí" en el espacio que se proporciona a continuación.)*

1. Sí  No  ¿Alguna preocupación sobre la salud general (hábitos alimenticios y de sueño, peso, etc.)?
2. Sí  No  Hay alguna otra enfermedad específica o problemas sociales/emocionales o conductuales?
3. Sí  No  ¿Alguna alergia (alimentos, insectos, medicamentos, etc.)?
4. Sí  No  Hay algún medicamento recetado (diario u ocasionalmente)?
5. Sí  No  Algún problema con la visión, la audición o el habla (gafas, contactos, tubos auditivos, audífonos hearing)?
6. Sí  No  ¿Alguna hospitalización, operación o enfermedad mayor (especificar problema)?
7. Sí  No  Hay alguna lesión o accidente significativo (especificar problema)?
8. Sí  No  ¿Le gustaría discutir algo sobre la salud de su hijo con una enfermera de la escuela?

**A los padres/tutores:** Por favor explique cualquier respuesta "Sí" de arriba.

---



---



---



---

Soy el padre/tutor del niño mencionado anteriormente. Doy permiso para que la información sobre las PARTES I y II de este formulario proporcionado sobre mi hijo sea revisada y utilizada sólo por el personal de esta escuela y cualquier personal de salud escolar que proporcione servicios de salud escolar en el distrito con el propósito limitado de satisfacer las necesidades de salud y educación de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma del padre/tutor

**Recomendaciones de la Asociación para la Preparación Escolar para Prekindergarten y Kindergarten**

**Para Padre/Guardián:** Por favor, obtenga los servicios que se enumeran a continuación para encontrar cualquier problema. Por favor, trabaje con su proveedor de atención médica para corregir o tratar cualquier problema que el sombrero puede reducir la capacidad de su hijo para aprender en la escuela. **(Estos servicios se recomiendan pero no son obligatorios.)**

1. Examen integral de la visión (3-5 años de edad) Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica: _____ <i>(marque uno)</i> Oftalmólogo Optometrista	Describa cualquier acción correctiva para cualquier problema detectado y cualquier adaptación necesaria.
2. Fecha de examen dental integral del examen: _____ Resultados del examen: _____ Dentista: _____	Please describir cualquier acción correctiva para cualquier problema detectado y cualquier adaptación requerida.

<p>3. Examen de audición</p> <p>Fecha del examen: _____</p> <p>Resultados del examen:</p> <p>_____</p> <hr/> <p>Proveedor de atención médica:</p> <p>_____</p>	<p>Describa cualquier acción correctiva para cualquier problema detectado y cualquier adaptación necesaria.</p>
--	---



Nombre del niño (último, primero, medio) Fecha de nacimiento

PARTE II — EVALUACIÓN MÉDICA

Para ser completado y firmado por el proveedor de atención médica SOLAMENTE:

El niño mencionado anteriormente ha tenido un examen completo de historia y físico en la siguiente fecha:

(El examen debe ser dentro de un año de la inscripción) Año del Día del Mes

Resultados de la detección:

Altura: Peso: IMC%: B/ P: Hct/Hgb: Plomo: Urinálisis:

Table with 6 columns: Vision - Sin Gafas, Vision - Con gafas, Derecha 20/\_, Izquierda 20/\_, Pasado fallido Referido, Audiencia - Derecha/Izquierda, Pasado Fallado Referido.

Physical exam checklist: Dental bruto, Cabeza/escapelo/piel, Ojos/Orejas/Nariz/Garganta, Pecho/Pulmones/Corazón, Abdomen, Evaluación postural. Includes 'Normal' and 'Anormal' options and 'Referir/T' with 'X'.

Evaluación del riesgo de tuberculosis realizada (Revise las directrices de pruebas dirigidas que se enumeran a continuación.)

Este niño tiene los siguientes problemas que pueden afectar la experiencia educativa:

- Checkboxes for Audición, Discurso/Lenguaje, Físico, Social/Conductual.

Especificar:

Este niño tiene una condición de salud que puede requerir acción de emergencia en la escuela, por ejemplo, convulsiones, alergias.

Especifique a continuación.

(Este formulario se almacenará en la Carpeta de Salud Acumulativa del niño y podrá ser accedido tanto por la escuela como por el personal de salud.)

Recomendaciones (Adjuntar hoja adicional si es necesario):

(Por favor marque uno)

- Checkboxes for: Este niño puede participar plenamente en las actividades escolares, incluida la educación física. Este niño puede participar en actividades escolares, incluyendo educación física con la siguiente restricción/adaptación.

(Especificar motivo y restricción)

Table for provider signature: Firma/Título del proveedor de atención médica, Fecha, Dirección (Por favor imprima o estampe), Nombre (Por favor imprima o estampe).

### **Pautas de pruebas dirigidas a la tuberculosis para proveedores de atención médica**

#### Riesgo de infección por tuberculosis:

Revise los siguientes riesgos y administre una prueba cutánea de Mantoux TB si el niño está en una o más categorías. La prueba de tuberculosis se administra *de forma confidencial* como parte del examen de salud. **No registre la administración de ninguna prueba de tuberculosis o información relacionada en este formulario.**

- Inmigrante reciente (< 5 años), visitante frecuente de zonas endémicas de tuberculosis
- Cerrar el contacto con el caso de tuberculosis activo
- Contacto frecuente con adultos con alto riesgo de enfermedad, VIH+, personas sin hogar, encarcelados y consumidores ilícitos de drogas
- VIH+ o tienen otras condiciones médicas que inician o agravan el riesgo de progresar de infección a enfermedad, por ejemplo, insuficiencia renal crónica, diabetes, hematológica o cualquier otra neoplasia maligna, pérdida de peso > 10% del