

REQUISITOS

MÉDICO

Y

DENTAL



**Los Exámenes Físicos con Inmunizaciones
ACTUAL
Requisitos para
Grados Pre-k, Kindergarten, 6 y Nuevo Estudiantes**

**Prueba de Servicios Dentales
Todos Los Estudiantes**

**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 cada dosis administrada. El día y el mes se requiere si usted no puede determinar si la vacuna se administró después 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		2		3		4		5		6	
	MES	DÍA	MES	DÍA	MES	DÍA	MES	DÍA	MES	DÍA	MES	DÍA
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)												
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),												

Comentarios:

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 sarampión 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) Sarampión Paperas Rubéola Hepatitis B 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													
Visión	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
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 (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnos de Asma?	Sí No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Testículos)	Sí No		
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?	Sí No		¿Hospitalizaciones?	Sí No		
¿Defectos de Nacimiento?	Sí No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Sí No		
¿Retrasos del Desarrollo?	Sí No		¿Cirugía? (Anótelas Todas)	Sí No		
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique	Sí No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Sí No		
¿Diabetes?	Sí No		¿Heridas Graves o Enfermedad?	Sí No		
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?	Sí No		¿Prueba positiva de la piel para el TB (Pasado o Presente)?	Sí * No		*Si contestó sí, referencia al departamento de salud local
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?	Sí No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí * No		
¿Problemas Cardiacos / Falta de Respiración?	Sí No		¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?	Sí No		
¿Soplo Cardíaco / Presión Arterial Alta?	Sí No		¿Uso de Alcohol / Drogas?	Sí No		
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?	Sí No		¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)	Sí No		
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes • Lentes de Contacto • Último Examen			Dental • • Ganchos • • Puente • • Placas Otro			
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)			¿Otras Preocupaciones?			
¿Problemas de Audición?	Sí No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.			
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?			Firma del Padre / Tutor		Fecha	

LA SECCIÓN TOTAL QUE SIGUE 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 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 requiriera)				
Analisis de Orina				

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			Génito-Urinario	LMP
Ambliopía Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrista Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Necrológico	
Nariz			Músculo esqueleto	
Garganta			Examinación de espina dorsal	
Boca / Dental			Estado de Nutrición	
Cardiovascular/HTN			Salud Mental	
Respiración				
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 cacahuete (maní), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? Sí No Si contestó sí, por favor descríbalo.

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)

**Departamento de Salud Pública de Illinois
FORMULARIO COMPROBANTE DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR**



Para ser completado por el padre/madre (por favor impresión):

Nombre del Estudiante:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento: / / (Mes/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono:
Nombre de la Escuela:	Grado:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre/madre o encargado:		Dirección del padre/madre o encargado:		

To be completed by dentist: (Para ser completado por el dentista:)

Oral Health Status (check all that apply)

- Yes No **Dental Sealants Present**
- Yes No **Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.
- Yes No **Untreated Caries** — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.
- Yes No **Soft Tissue Pathology**
- Yes No **Malocclusion**

Treatment Needs (check all that apply)

- Urgent Treatment** — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling
- Restorative Care** — amalgams, composites, crowns, etc.
- Preventive Care** — sealants, fluoride treatment, prophylaxis
- Other** — periodontal, orthodontic

Please note _____

Signature of Dentist _____

Date _____

Address _____
Street City ZIP Code

Telephone _____