

# FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL DE DELAWARE – INFANTIL

## PreK- Sexto Grado

Para ser utilizado por un proveedor de salud certificado:

Doctor (MD o DO), Enfermera Clínica Especializada (APN), Enfermera de Práctica Avanzada (APN), o Asistente Médico (PA)

A los padres o guardián:

Con el propósito de proveer la mejor experiencia estudiantil, el personal de la escuela debe entender las necesidades de salud del estudiante. Este formulario requiere de su información (Parte I), y de su proveedor de cuidados de salud o médico (Partes I, II y III). Todos los estudiantes en las escuelas públicas de Delaware deben proveer documentación actualizada de sus vacunas y un examen físico (en los últimos 2 años) desde la entrada a la escuela y en el noveno (9) grado.

### Hable con su médico sobre aspectos importantes<sup>1</sup> referentes al estudiante como lo son:

- Escolar** (disposición o adaptación, después de clases, comunicación con padres y maestros, madurez, rendimiento, servicios especiales)
- Actividad Física y Mental** (peso saludable, dieta balanceada, actividad física, tiempo limitado de examen)
- Bienestar Emocional** (tiempo en familia, interacción social, auto estima, resolución de conflictos, amigos)
- Desarrollo y Crecimiento Físico** (cuidado dental, dieta saludable, pubertad)
- Prevención de Lesiones y Seguridad** (cinturón de seguridad, asientos especiales, seguridad al usar bicicletas, natación, abuso de protección, armas, seguridad en incendios, supervisión, protección solar, internet, infecciones, planeación para desastres)
- Vacunación - Inmunizaciones**
  - **Influenza (de temporada)** Recomendada *cada año* para *todos* los niños (a partir de los 6 meses).
  - **Virus del Papiloma Humano (HPV)** es recomendado para niñas y niños (de 11 a 12 años, mínimo de 9 años) para prevenir cáncer o pre-cáncer y verrugas genitales.
  - **Hepatitis A, meningococo y neumococo** son recomendadas para ciertos grupos de alto riesgo.

### Vacunas Requeridas para Estudiantes de Nuevo Ingreso a las Escuelas de Delaware

**KINDERGARTEN<sup>2</sup>:** **DTaP/DTP:** 4 o más dosis. Si la 4ta. dosis es antes del 4to. cumpleaños, se requiere una 5ta. dosis.  
**Polio:** 3 o más. Se requiere la 4ta. dosis cuando la 3ra. es recibida antes de los 4 años de edad.  
**MMR<sup>3</sup>:** 2 dosis. La primera dosis al cumplir el primer año de edad o después. La 2da. dosis debe recibirse antes de cumplir 4 años de edad.  
**Hep B<sup>3</sup>:** 3 dosis. Para estudiantes de 11 a 15 años de edad, dos dosis de la vacuna aprobada por el CDC pueden ser administradas.  
**Varicella<sup>4</sup>:** 2 dosis. Administrar la primera dosis antes de cumplir el primer año de edad y la segunda dosis después del 4to. cumpleaños.

**GRADOS 1-6:** **DTaP/DTP:** 4 o más dosis. Si la 4ta. dosis es antes del 4to. cumpleaños, se requiere una 5ta. dosis. Los estudiantes que inicien la serie a los 7 años o más edad, sólo necesitan un total de 3 dosis. La División de Salud Pública recomienda la dosis de refuerzo de Td o Tdap para todos los estudiantes de 11 años de edad o cinco años después de recibir la última dosis de DTaP, DTP, o DT.  
**Polio:** 3 o más. Se requiere la 4ta. dosis cuando la 3ra. es recibida antes de los 4 años de edad.  
**MMR<sup>3</sup>:** 2 dosis. La primera dosis al cumplir el primer año de edad o después. La 2da. dosis debe recibirse antes de cumplir 4 años de edad.  
**Hep B<sup>3</sup>:** 3 dosis. Para estudiantes de 11 a 15 años de edad, dos dosis de la vacuna aprobada por el CDC pueden ser administradas.  
**Varicella<sup>4</sup>:** 2 dosis. Administrar la primera dosis antes de cumplir el primer año de edad y la segunda dosis después del 4to. cumpleaños.

<sup>1</sup>Basado en Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3<sup>ra</sup> ed.) AAP, 2008

<sup>2</sup>Estudiantes que ingresen a la escuela antes de los 4 años de edad deben seguir las recomendaciones actuales de la División de Salud Pública de Delaware.

<sup>3</sup>Historial de sarampión, rubiola, paperas, y hepatitis B no serán aceptados al menos que sean confirmados por serología.

<sup>4</sup>Historial de varicela debe ser verificado por el médico para poder ser eximido de ser vacunado (a).

**PARTE I – HISTORIAL MÉDICO**

*Para ser completado por el padre o madre de familia/guardián antes del examen.*

*Los comentarios del proveedor de cuidados de salud deben registrarse en la última columna.*

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Examinador:** \_\_\_\_\_

Estas preguntas son acerca de la salud de su hijo(a):	Círcule la respuesta		COMENTARIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD
	Sí	No	
¿Retraso del desarrollo (habla, movimiento, otros)?	Sí	No	
¿Lesiones serias?	Sí	No	
¿Medicamentos?	Sí	No	
¿Hospitalizaciones?	Sí	No	
¿Cuándo?                      ¿Razón?			
¿Cirugías? (Mencione todas)	Sí	No	
¿Cuándo?                      ¿Razón?			
¿Problemas de audición o del oído?	Sí	No	
¿Problemas cardíacos/respiración corta?	Sí	No	
¿Soplos en corazón/Presión sanguínea alta?	Sí	No	
¿Mareos o dolor en el pecho al ejercitarse?	Sí	No	
¿Alergias (comidas, insectos, otros)?	Sí	No	
¿Historia de muerte súbita antes de los 50 en la familia?	Sí	No	
¿Estudiante se despierta en las noches tosiendo?	Sí	No	
¿Diagnosticado con asma?	Sí	No	
¿Desorden sanguíneo (hemofilia, células falciformes, otros)?	Sí	No	
¿Pérdida o aumento de peso excesivo?	Sí	No	
¿Diabetes?	Sí	No	
¿Pérdida de funcionamiento de órganos (ojos, oídos, riñones, testículos)?	Sí	No	
¿Convulsiones?	Sí	No	
¿Lesiones en la cabeza/contusiones/desmayos?	Sí	No	
¿Problemas musculares, huesos, coyunturas /escoliosis?	Sí	No	
¿ADHD/ADD?	Sí	No	
¿Dudas sobre el comportamiento/conducta?	Sí	No	
Problemas de vista/ojos? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otros _____	Sí	No	
¿Problemas dentales? <input type="checkbox"/> Frenos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Dentaduras <input type="checkbox"/> Otros Fecha de examen _____	Sí	No	
¿Otros diagnósticos?	Sí	No	
¿El estudiante posee seguro de salud?	Sí	No	
¿El estudiante posee seguro de salud dental?	Sí	No	

Esta información será proporcionada sólo a personal especializado y únicamente para propósitos escolares y de salud.

**Firma de Padre de familia o guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**PART II – IMMUNIZATIONS**

*Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA  
Printed VAR form may be attached in lieu of completion.*

**Immunizations – Shaded Vaccines Required. Regulations is located at Title 14 Section 804 Immunizations**

<b>DTaP/ DT</b> / /	<b>DTaP/ DT</b> / /	<b>DTaP/ DT</b> / /	<b>DTaP/ DT</b> / /	<b>DTaP/ DT</b> / /
<b>OPV/ IPV</b> / /	<b>OPV/ IPV</b> / /	<b>OPV/ IPV</b> / /	<b>OPV/ IPV</b> / /	<b>OPV/ IPV</b> / /
<b>PCV7/ PCV13</b> / /	<b>PCV7/ PCV13</b> / /	<b>PCV7/ PCV13</b> / /	<b>PCV7/ PCV13</b> / /	<b>PCV7/ PCV13</b> / /
<b>Hib</b> / /	<b>Hib</b> / /	<b>Hib</b> / /	<b>Hib</b> / /	
<b>MMR</b> / /	<b>MMR</b> / /	<b>HepB /HepB-2</b> / /	<b>HepB /HepB-2</b> / /	<b>HepB</b> / /
<b>VAR</b> / /	<b>VAR</b> / /	<b>RV-2/ RV-3</b> / /	<b>RV-2/ RV-3</b> / /	<b>RV-3</b> / /
<b>MCV4</b> / /	<b>MCV4</b> / /	<b>HPV</b> / /	<b>HPV</b> / /	<b>HPV</b> / /
<b>Hep A</b> / /	<b>Hep A</b> / /	<b>Td/ Tdap</b> / /	<b>Td/ Tdap</b> / /	<b>Td</b> / /
<b>Influenza</b> / /	<b>Influenza</b> / /	<b>PPSV23</b> / /	<b>PPSV23</b> / /	
<b>Other:</b> / /	<b>Other:</b> / /	<b>Other:</b> / /	<b>Other:</b> / /	<b>Other:</b> / /

**PART III – SCREENING & TESTING**

*Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA*

<b>Screen</b>	<b>Height:</b> _____ <b>Weight:</b> _____ <b>BMI:</b> _____ <b>BMI Percentile:</b> _____ <b>BP:</b> _____ <b>Pulse:</b> _____ <b>Other:</b> _____ (inches) (pounds)
<b>Dental Screen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Problem Identified:</b> Referred for treatment <input type="checkbox"/> <b>No Problem:</b> Referred for prevention <input type="checkbox"/> <b>No Referral:</b> Already receiving dental care
<b>Tuberculosis Screen</b>	All new enterers must have TB test <u>or</u> TB Risk Assessment, which must be done within 12 months <u>prior</u> to school entry. <b>Risk Assessment:</b> _____ <b>Date</b> _____ <b>Results:</b> <input type="checkbox"/> At-Risk <input type="checkbox"/> No Risk <b>Mantoux Skin Test:</b> _____ <b>Date</b> _____ <b>Results:</b> _____ MM <b>Other: (type)</b> _____ <b>Date</b> _____ <b>Results:</b> _____ MM
<b>Blood Test</b>	Blood lead test required for children age 6 months through 6 years. <b>Lead and Hgb/Hct are required for Head Start/ECAP</b> <b>Lead Test: Type:</b> _____ <b>Date:</b> _____ <b>Results:</b> _____ <b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ Date <b>Hgb/Hct: Type:</b> _____ <b>Date:</b> _____ <b>Results:</b> _____ <b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ Date
<b>Other Screen</b>	<b>Hearing: Type:</b> _____ <b>Date:</b> _____ <b>Results:</b> _____ <b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ Date <b>Vision: Type:</b> _____ <b>Date:</b> _____ <b>Results:</b> _____ <b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ Date

**PART IV – COMPREHENSIVE EXAM**

*Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA*

PHYSICAL EXAMINATION	Check (✓)			HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
	NORMAL	ABNORMAL	REFERRAL	
General Appearance				
Skin				
Eyes				
Ears				
Nose/Throat				
Mouth/Dental				
Cardiovascular				
Respiratory				
Thyroid				
Gastrointestinal				
Genito-Urinary				
Neurological				
Musculoskeletal				
Spinal examination				
Nutritional status				
Mental health status				

**FOR CHRONIC & LIFE THREATENING CONDITIONS:**

Children with life-threatening conditions need an emergency care plan for school.

Please attach care plan, protocols, and/or emergency care plan.

Please provide the parent with information on Special Needs Alert Program (SNAP) for EMS.

**Recommendations or Referrals:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSIS	EMERGENCY PLAN ATTACHED		CARE PLAN OR PRESCRIPTION PLAN ATTACHED	
	YES	NO	YES	NO

**Print Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Physician (MD or DO)    Clinical Nurse Specialist (APN)    Advanced Practice Nurse (APN)    Physician Assistant (PA)

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_