

## ESTADO DE FLORIDA

### Examen de salud para entrar a la escuela

**Para el padre/madre/tutor:** completar y firmar la parte I: historia médica del niño.

Para entrar a la escuela, la ley estatal exige un examen de salud hecho por un profesional legalmente calificado. Los distritos escolares locales pueden determinar más requisitos.

*(Escribir en letra de molde)*

|                                                            |                     |                                                                        |       |
|------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|
| Nombre del menor (apellido, primer nombre, segundo nombre) |                     | Fecha de nacimiento                                                    | Sexo  |
| Dirección (calle)                                          |                     | Escuela                                                                | Grado |
| Ciudad y apartado postal                                   | Teléfono de la casa | Nombre del padre/madre/tutor (apellido, primer nombre, segundo nombre) |       |

#### PARTE I: HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

**Para el padre/madre/tutor:** marcar en la columna de la izquierda las respuestas a las preguntas de la 1 a la 8 abajo.

*(Explicar cualquier respuesta "Sí" en el espacio que se da abajo)*

1. Sí ☐ No ☐ ¿Alguna preocupación sobre la salud general (hábitos alimenticios y de sueño, peso, etc.)?
2. Sí ☐ No ☐ ¿Alguna otra enfermedad específica o problemas sociales/emocionales o de comportamiento?
3. Sí ☐ No ☐ ¿Alguna alergia (comida, insectos, medicamentos, etc.)?
4. Sí ☐ No ☐ ¿Algún medicamento recetado (diario u ocasionalmente)?
5. Sí ☐ No ☐ ¿Algún problema de la vista, la audición o el habla (anteojos, lentes de contacto, tubos en los oídos, aparato auditivo)?
6. Sí ☐ No ☐ ¿Alguna hospitalización, operación o enfermedad grave (especificar el problema)?
7. Sí ☐ No ☐ ¿Alguna lesión o accidente significativo (especificar el problema)?
8. Sí ☐ No ☐ ¿Le gustaría hablar sobre la salud de su hijo con un enfermero escolar?

**Para el padre/madre/tutor:** explicar cualquier respuesta "Sí" de arriba.

---



---



---

**Soy el padre/madre/tutor del niño mencionado arriba. Doy permiso para que la información de las PARTES I y II de este formulario que se completó sobre mi hijo se revise y se use solo por el personal de esta escuela y cualquier personal de salud escolar que preste servicios médicos escolares en el distrito con el propósito limitado de cumplir las necesidades de salud y de educación de mi hijo.**



Firma del padre/madre/tutor

Fecha

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

**Para el padre/madre/tutor:** obtener los servicios que se mencionan abajo para poder encontrar cualquier problema. Trabajar con su proveedor de atención médica para corregir o tratar cualquier problema que pueda reducir la capacidad de su hijo para aprender en la escuela.

**(Estos servicios se recomiendan, pero no se exigen).**

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Examen integral de la vista (de 3 a 5 años)<br>Fecha del examen: _____<br>Resultados del examen: _____<br><br>Proveedor de atención médica: _____<br>(marcar uno) Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> | Describir cualquier acción correctiva para los problemas detectados y cualquier clase de adaptaciones necesarias. |
| 2. Examen dental completo<br>Fecha del examen: _____<br>Resultados del examen: _____<br><br>Dentista: _____                                                                                                                                     | Describir cualquier acción correctiva para los problemas detectados y cualquier clase de adaptaciones necesarias. |
| 3. Evaluación de audición<br>Fecha del examen: _____<br>Resultados del examen: _____<br><br>Proveedor de atención médica: _____                                                                                                                 | Describir cualquier acción correctiva para los problemas detectados y cualquier clase de adaptaciones necesarias. |



|                                                            |                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------|
| Nombre del menor (apellido, primer nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento |
|------------------------------------------------------------|---------------------|

**PARTE II : EVALUACIÓN MÉDICA****SOLO el proveedor de atención médica debe completar y firmar:****El menor mencionado arriba tuvo una historia completa y un examen físico en la siguiente fecha:**

(El examen debe hacerse en el plazo de un año antes de la inscripción)

Mes      Día      Año

Resultados de la evaluación:

Altura:      Peso:      % BMI:      B/P:      Hct/Hgb:      Plomo:      Análisis de orina:

|                     |                 |                   |                                                                         |                      |                                                                                                        |
|---------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vista: sin anteojos | Derecha 20/____ | Izquierda 20/____ | Aprobado <input type="checkbox"/>                                       | Audición : derecha   | Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado <input type="checkbox"/> Remitido <input type="checkbox"/> |
| Vista: con anteojos | Derecha 20/____ | Izquierda 20/____ | Reprobado <input type="checkbox"/><br>Remitido <input type="checkbox"/> | Audición : izquierda | Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado <input type="checkbox"/> Remitido <input type="checkbox"/> |

|                                 |                                 |                                  |                   |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Dental total (dientes y encías) | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Remitir/Tx: _____ |
| Cabeza/cuero cabelludo/piel     | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Remitir/Tx: _____ |
| Ojos/Oídos/Nariz/Garganta       | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Remitir/Tx: _____ |
| Pecho/Pulmones/Corazón          | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Remitir/Tx: _____ |
| Abdomen                         | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Remitir/Tx: _____ |
| Evaluación postural             | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Remitir/Tx: _____ |

**Se hizo la evaluación de riesgos de TB** ☐ **(Revisar las directrices de pruebas dirigidas que se mencionan abajo).**

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

☐ Vista    ☐ Oído    ☐ Habla/Lenguaje    ☐ Físico    ☐ Social/de comportamiento    ☐ Cognitivo

Especificar: \_\_\_\_\_

☐ Este menor tiene una condición de salud que puede necesitar una acción de emergencia en la escuela, por ejemplo: convulsiones, alergias. Especificar abajo.**(Este formulario se guardará en la carpeta de salud acumulativa del menor y pueden tener acceso a ella el personal de la escuela y de salud).**

Recomendaciones (Adjuntar una hoja más si es necesario): \_\_\_\_\_

(Marcar una opción)

☐ Este menor puede participar plenamente en las actividades escolares, incluyendo educación física.☐ Este menor puede participar en las actividades escolares, incluyendo educación física, con la siguiente restricción/adaptación.

(Especificar el motivo y la restricción) \_\_\_\_\_

|                                                                                            |                |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Firma/título del proveedor de atención médica</b>                                       | <b>Fecha</b>   | <b>Dirección (escribir en letra de molde o con sello)</b> |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nombre (escribir en letra de molde o con sello)</b> | ____/____/____ |                                                           |

**Directrices sobre las pruebas dirigidas de la tuberculosis para los proveedores de atención médica****Riesgo de infección por tuberculosis:***Revisar los siguientes riesgos y administrar una prueba cutánea TB de Mantoux si está en una o más categorías. La prueba de TB se hace de manera confidencial como parte del examen de salud. No registrar que se le hizo la prueba de TB ni la información de ella en este formulario.*

- Inmigrante reciente (<5 años), visita con frecuencia áreas endémicas de TB
- Contacto cercano con un caso activo de TB
- Contacto frecuente con adultos con alto riesgo de enfermedad, VIH+, personas sin hogar, encarcelados, consumidores de drogas ilícitas
- VIH+ o tiene otras condiciones médicas que aumentan el riesgo de progresar de infección a enfermedad, por ejemplo: insuficiencia renal crónica, diabetes, hematología o cualquier otra malignidad, pérdida de peso > del 10 % del peso corporal ideal, con medicamentos inmunosupresores

**Riesgo de enfermedad de TB activa:**

- ¿Presenta el menor señales/síntomas de tuberculosis (por ejemplo: tos durante tres semanas o más, pérdida de peso, pérdida de apetito)?
- Si los síntomas están presentes, hacer un examen o remitir para la evaluación de la enfermedad de TB.