



ESTADO DE ILLINOIS
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
 CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO(A)

Por favor escribe en letra de molde

Nombre del estudiante			Fecha de Nacimiento			Sexo			Escuela			Grado o Núm. de Identificación				
Apellido Nombre Inicial																
Dirección: Calle Ciudad Zona Postal			Padres / Tutor			Número de Teléfono de Case			Trabajo							
VACUNAS: Para ser completado por el proveedor de salud. Indique el mes/día/año para cada dosis administrada. Se requiere el día y el mes 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	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO
Difteria, Tétano y Pertusis (DTP or DTaP)																
Difteria, Tétano (DT or Td Pediátrica)																
Polio Inactivo (IPV)																
Polio Oral (OPV)																
Haemófilo influenza tipo b (Hib)																
Hepatitis B (HB)																
Varicela (Chickenpox)											Comentarios:					
Combinados Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)																
Sarampión (Rubéola)																
Rubéola (Sarampión de 3-días)																
Paperas																
Neumocócico (no se requiere para ingresar a la escuela)		<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		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		
Marque tipo específico (PCV7, PPV23) Fecha																
Otro(Especifique: Hepatitis A, meningococcal.)																
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 IMMUNIDAD													
1. El diagnóstico clínico se acepta si es verificado por un médico. *(Todos los casos de sarampión diagnosticados en o después del 1ro de julio de 2002, se deben comprobar por medio de evidencia de laboratorio.)													
*SARAMPION (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) <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicela													
Resultados de Laboratorio			Fecha			MES DÍA AÑO			(Adjunte copa del report de laboratorio, si está disponible.)				

DATOS COBRE 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 R = Referido G/C = Lentes/ Lentes de Contacto
Edad/Año																	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
Visión																	
Audición																	

Impreso con la autoridad 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 PROVEDOR THE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anoté todas las medicinas recetadas o tomadas con regularidad)			
¿Diagnosis de asma? ¿Niño(a) despierta tosiendo en la	Sí No Sí No	Indique Severidad	¿Pérdida de las funciones de uno de los pares de órganos? (Ojos-Oídos-Riñones)	Sí No		
¿Defectos de nacimiento?	Sí No		¿Hospitalizaciones? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No		
¿Retrasos del desarrollo?	Sí No		¿Cirugía? (Anoté todas) ¿Cuándo? ¿Para que?	Sí No		
¿Problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos falciformes, Otro Explique.	Sí No		¿Heridas graves o enfermedad?	Sí No		
¿Diabetes?	Sí No		¿Prueba positiva de la piel para el TB (Pasado o presente)?	Sí * No		*Se comtestó sí referencia al departamento de salud local
¿Herida de la cabeza/golpe/desmayo?	Sí No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí * No		
¿Convulsiones? ¿Cómo se manifiestan?	Sí No		¿Uso de tabaco (Tipo, Frecuencia)?	Sí No		
¿Problemas cardiacos/falta de	Sí No		¿Uso de alcohol / drogas?	Sí No		
¿Soplo cardiaco / Presión arterial alta?	Sí No		¿Historial familias de muerte repentina antes de los 50 años? (Causa?)	Sí No		
¿Mareos o dolor de pecho al hacer ejercicio?	Sí No		Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Punte <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
¿Problemas no los ojos? ___ Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> último examen _____			¿Otras Preocupaciones?			
¿Otras preocupaciones? (bizco, párpados caídos, dificultad cuando lee)						
¿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?	Sí No		Firma del Padre/Tutor		Fecha	

LA SECCIÓN TOTAL QUE SIGUE DEBE SER COMPLETADA FOR MD/DO/APN/PA (*Indica examinación ordenada por isitituciones de cuidado de niños con licencia del Estado)

REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO	ALTURA	PESO	BMI	B/P
------------------------------------	---------------	-------------	------------	------------

EVALUACIÓN DE DIABETIS BMI>85% edad/sexo Sí No Y uno de los siguientes: **Historia Familiar** Sí No **Minoría étnica** Yes No
Muestras de resistencia a la Insulina (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Sí No **Está en Riesgo** Sí No

CUESTIONARIO DEL PLOMO* Se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela pública o con licencia, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil/ 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 sangre)

EXAMEN DE 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 CIDA (HIV) u otras condiciones, immigranted recién legados de países de alta prevalencia, o aquellos adultos expuestos en categorías de alto riesgo. Vea las guías del CDC. Examen no es requerido Examen efectuado **Fecha que se leyó** / / **Resultado** mm

PRUEBAS DE LAB.* INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO	Fecha	Resultados	Globulos Falciformes (Sickle Cell)* (como se requiere)	Fecha	Resultados
Hemoglobina* o Hematocrito*					
Análisis de Orina			Otro		

SISTEMA DE REVISIÓN	Normal	Comentarios/Seguimiento/Necesidades	Normal	Comentarios/Seguimiento/Necesidades
Piel			Endocrino	
Oídos			Gastrointestinal	
Ojos	Normal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ambiopía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Evaluación objetiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Olfalmólogo/Optometrísta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Génito-Urinario	LMP
Naríz			Neurológico	
Garganto			Músculo esqueleto	
Boca / Dental			Espina dorsal (exm)	
Cardiovascular/HTN			Estado de nutrición	
Respiración			Salud Mental	

NECESIDADES/ MODIFICACIONES requeridas en 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 Counsejero Principal/Director

¿**ACCIÓN DE EMERGENCIA** se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejm. Convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias delalimentos, alergia al cacahuete (mani), problemas de sangrado, problemas de corazón)? **Sí** **No** Si contestó sí, por favor descríbalo.

Basado en el examen de est día, yo apruebo que ete nió(a) participe en: **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 molde) **Firma** **Fecha**
Dirección **Teléfono**

(Complete ambos lados)