



Registro de evaluación de salud



Al padre o tutor:

Para brindar la mejor experiencia educativa, el personal de la escuela debe comprender las necesidades de salud de su hijo. Este formulario solicita información de usted (Parte 1) que también será útil para el proveedor de atención médica cuando él o ella completa la evaluación médica (Parte 2) y la evaluación oral (Parte 3).

La ley estatal requiere vacunas primarias completas y una evaluación de salud por un practicante de medicina legalmente calificado, una práctica avanzada enfermera registrada o enfermera registrada, con licencia de conformidad con el capítulo 378, un asistente médico, con licencia de conformidad con el capítulo 370, un asesor médico escolar, o

un practicante de medicina legalmente calificado, una práctica avanzada registrada enfermera o asistente médico estacionado en cualquier base militar antes de la escuela entrada en Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a y 10-206). una inmunización Se requieren actualizaciones y evaluaciones de salud adicionales en el sexto o séptimo grado.

y en el noveno o décimo grado. El nivel de grado específico será determinado por el junta de educación local. Este formulario también se puede utilizar para las evaluaciones de salud requeridas cada año para los estudiantes que participan en equipos deportivos.

Por favor imprimir

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Masculino	Femenino
Dirección (Calle, Pueblo y Código Postal)			
Nombre del padre/tutor (apellido, nombre, segundo nombre)	Teléfono de casa	Teléfono móvil	
Grado escolar	Raza/Etnia	Negro, no de origen hispano	
Proveedor de atención primaria	Indígena Americano/Nativo de Alaska	Blanco, no de origen hispano	
	Hispano/Latino	Asiático/Isleño del Pacífico	
		Otro	
Compañía de seguro médico/número* o Medicaid/número*			

¿Tiene su hijo seguro médico? Si No

Si su hijo no tiene seguro médico, llame al 1-877-CT-HUSKY

¿Tiene su hijo seguro dental? Si No

* Si es aplicable

Parte 1: Para ser completada por el padre/tutor.

Responda estas preguntas sobre el historial médico de su hijo antes del examen físico.

Marque con un círculo Y si responde "sí" o N si responde "no". Explique todas las respuestas "sí" en el espacio provisto a continuación.

Cualquier problema de salud	Si	No	Hospitalización o visita a la sala de emergencias	Si	No	Concusión	Si	No
Alergias a alimentos o picaduras de abeja.	Si	No	Cualquier hueso roto o dislocación	Sí	No	Desmayo o desmayo	Si	No
Alergias a medicamentos	Si	No	Cualquier lesión muscular o articular.	Sí	No	Dolor en el pecho	Si	No
Cualquier otra alergia	Si	No	Cualquier lesión en el cuello o la espalda.	Sí	No	Problemas del corazón	Si	No
Cualquier medicamento diario	Si	No	Problemas al ejecutar	Sí	No	Hipertensión	Si	No
Cualquier problema con la visión.	Si	No	"Mono" (último año)	Sí	No	Sangrado más de lo esperado	Si	No
Utiliza lentes de contacto o gafas.	Si	No	Tiene solo 1 riñón o testículo.	Sí	No	Problemas para respirar o tos	Si	No
Cualquier problema de audición	Si	No	Aumento/pérdida excesiva de peso	Sí	No	cualquier fumador	Si	No
Cualquier problema con el habla.	Si	No	Aparatos, fundas o puentes dentales	Si	No	Tratamiento del asma (últimos 3 años)	Si	No
Historia familiar						Tratamiento de las convulsiones (últimos 2 años)	Si	No
Algún familiar alguna vez ha tenido una muerte súbita e inexplicable (menos de 50 años)						Diabetes	Si	No
Cualquier familiar directo tiene colesterol alto.						TDAH/TDA	Si	No

Explique todas las respuestas afirmativas aquí. Para enfermedades/lesiones/etc., incluya el año y/o la edad de su hijo en ese momento.

¿Hay algo que quieras discutir con la enfermera de la escuela? SN En caso afirmativo, explique:

Por favor indique cualquier medicamento que su hijo necesitará tomar en la escuela:

Todos los medicamentos que se toman en la escuela requieren un Formulario de Autorización de Medicamentos por separado firmado por un proveedor de atención médica y un padre/tutor.

Doy permiso para la divulgación y el intercambio de información en este formulario entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica _____ para uso confidencial para satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo en la escuela. Firma del padre / tutor

Fecha

El Proveedor de Atención Médica debe completar y firmar la evaluación médica y el examen físico.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha del examen _____

He revisado la información del historial médico proporcionada en la Parte 1 de este formulario.

Examen físico

Nota: *El proveedor debe completar la evaluación/prueba obligatoria según la ley del estado de Connecticut.

*Altura _____ pulg. / _____% *Peso _____ lbs. / _____% IMC _____ / _____% Pulso _____ *Presión arterial _____ / _____

	Normal	Describir anormal	Orto	Normal	Describir anormal
neurologico			Cuello		
HEENT			Espalda		
*Dental Bruto			Brazos/Manos		
Linfático			Caderas		
Corazón			rodillas		
Pulmones			Pies/Tobillos		
Abdomen			*Postural Sin anomalías de la columna Anomalía de la columna: Leve Moderado Marcado Remisión realizada		
Genitales/hernia					
Piel					

Proyecciones

*Examen de la vista			*Examen auditivo			Historial de nivel de plomo		Fecha
Tipo:	Bien _____	Izquierda _____	Tipo:	Bien _____	Izquierda _____	≥ 5 µg/dL	No	Sí
Con gafas	20/	20/	Aprobado	Aprobado		*HCT/HGB:		
Sin gafas	20/	20/	Fallo	Fallo		*Discurso (solo entrada a la escuela)		
Referencia hecha			Referencia hecha			Otro:		

TB: ¿ Grupo de alto riesgo? No Sí Fecha PPD leída: _____

Resultados: _____

Tratamiento: _____

*INMUNIZACIONES

Actualizado o Calendario de puesta al día: DEBE TENER EL REGISTRO DE VACUNAS ADJUNTO _____

*Evaluación de enfermedades crónicas:

Asma No Sí: Intermiteinte Persistente leve Persistente moderado Persistente severo Inducido por ejercicio

En caso afirmativo, proporcione una copia del Plan de acción contra el asma a la escuela.

Anafilaxia No Sí: Alimentos Insectos Látex Fuente desconocida

Alergias En caso afirmativo, proporcione una copia del Plan de emergencia para alergias a la escuela.

Historia de anafilaxia No Sí Se requiere Epi Pen No Sí

Diabetes No Sí: Tipo I Tipo II

Otras enfermedades crónicas:

Convulsiones No Sí, escriba: _____

Este estudiante tiene una condición de desarrollo, emocional, conductual o psiquiátrica que puede afectar su experiencia educativa.

Explicar: _____

Medicamentos diarios (especifique): _____

Este estudiante puede: participar plenamente en el programa escolar

participar en el programa escolar con la siguiente restricción/adaptación: _____

Este estudiante puede: participar plenamente en actividades atléticas y deportes competitivos

participar en actividades atléticas y deportes competitivos con la siguiente restricción/adaptación: _____

Sí No Según este historial médico integral y examen físico, este estudiante ha mantenido su nivel de bienestar.

¿Es este el hogar médico del estudiante? Sí No Me gustaría discutir la información de este informe con la enfermera de la escuela.

Parte 3: Evaluación/detección de la salud bucal

El proveedor de atención médica debe completar y firmar la evaluación de salud bucal.

A los padres o tutores:

La ley estatal requiere que cada junta de educación local solicite que se realice una evaluación de salud bucal antes de la escuela pública.

inscripción, ya sea en sexto o séptimo grado, y en noveno o décimo grado (Ley Pública Núm. 18-168). El grado específico

Los niveles serán determinados por la junta de educación local. La evaluación de la salud bucal incluirá un examen dental realizado por un dentista o un examen visual y una evaluación de riesgos para las condiciones de salud bucal realizada por un higienista dental, o por un practicante de medicina, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada legalmente calificado que haya sido capacitado para realizar una evaluación de la salud bucal como parte de un programa de capacitación aprobado por el Comisionado de Salud Pública.

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Fecha del examen
Escuela	Calificación	Masculino Femenino
Direccion de casa		
Nombre del padre/tutor (apellido, nombre, segundo nombre)	Teléfono de casa	Teléfono móvil

Examen dental Completado por: Dentista	Detección visual Completado por: Médico/Doctor APRN PA Higienista Dental	Normal Sí Anormal (Describir) _____ _____ _____ _____	Referencia hecha: Sí No
Evaluación de riesgos	Describir los factores de riesgo		
Bajo Moderado Alto	Aparato dental u ortodóncico Saliva Condición gingival Placa visible Desmineralización de los dientes Otro _____	Lesiones cariosas Restauraciones Dolor Hinchazón Trauma Otro _____	

Recomendaciones del proveedor de atención médica: _____

Doy permiso para la divulgación e intercambio de información en este formulario entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica para fines confidenciales. utilizar para satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo en la escuela.

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma del proveedor de atención médica DMD / DDS / MD / DO / APRN / PA / RDH

Fecha de firma

Nombre y número de teléfono del proveedor impresos/sellados

Cartilla de vacunación

Al proveedor de atención médica: Complete y ponga sus iniciales a continuación.

Vacuna (Mes/Día/Año) Nota: *Requisitos mínimos previos a la inscripción escolar. En exámenes posteriores, tome nota únicamente de las vacunas de refuerzo.

	Dosis 1	dosis 2	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 5	Dosis 6
DTP/DTaP	*	*	*	*		
DT/Td						
Tdap	*				Requerido 7mo-12vo grado	
IPV/OPV	*	*	*			
MMR	*	*			Requerido K-12 grado	
Sarampión	*	*			Requerido K-12 grado	
Paperas	*	*			Requerido K-12 grado	
Rubéola	*	*			Requerido K-12 grado	
HIB	*				PK y K (Estudiantes menores de 5 años)	
Hepatitis A	*	*			Consulte a continuación los requisitos de calificación específicos	
Hepatitis B	*	*	*		Requerido desde preescolar hasta 12.º grado	
Varicela	*	*			Requerido K-12 grado	
PCV	*				PK y K (Estudiantes menores de 5 años)	
meningococo	*				Requerido 7mo-12vo grado	
VPH						
Gripe	*				Estudiantes de PK de 24 a 59 meses de edad: se otorga anualmente	
Otro						

Enfermedad Hx _____

de arriba (Especificar) (Fecha) (Confirmado por)

Exención: Religioso _____ Médico: Permanente _____ Temporario _____ Fecha: _____

Fecha de renovación: _____

Se requiere documentación de exención religiosa al momento de la inscripción escolar y luego se renueva al ingresar al séptimo grado.

Las exenciones médicas que son de naturaleza temporal deben renovarse anualmente.

Requisitos de vacunación para estudiantes recién matriculados en las escuelas de Connecticut (a partir del 1 de agosto de 2017)

KINDERGARTEN HASTA 6TO GRADO

- DTaP: Al menos 4 dosis, con la dosis final en o después del cuarto cumpleaños; los estudiantes que comienzan la serie a los 7 años o más solo necesitan un total de 3 dosis de la vacuna que contiene tétanos y difteria.
- Polio: al menos 3 dosis, con la última dosis en o después del cuarto cumpleaños.
- MMR: 2 dosis con al menos 28 días de diferencia, con la 1.ª dosis al cumplir 1.º cumpleaños o después.
- Hib: 1 dosis al cumplir 1 año o después (Los niños de 5 años en adelante no necesitan comprobante de vacunación).
- Neumocócica: 1 dosis en o después de la 1.ª cumpleaños (los niños de 5 años en adelante no necesitan comprobante de vacunación).
- Hep A: 2 dosis administradas con seis meses de diferencia, con la primera dosis al cumplir el primer año o después. Ver "VACUNA HEPATITIS A 2 DOSIS FECHAS DE INGRESO FASE DE REQUISITOS" a la derecha para obtener información más específica sobre el nivel de grado y el año requerido.
- Hep B: 3 dosis, con la dosis final en o después 24 semanas de edad. •
- Varicela: 2 dosis, con la 1.ª dosis al cumplir 1.º cumpleaños o después de la verificación de la enfermedad.**

GRADOS 7 AL 12

- Tdap/Td: se requiere 1 dosis de Tdap para los estudiantes que completaron su serie primaria de DTaP; para los estudiantes que inician la serie a los 7 años o más se requiere un total de 3 dosis de vacunas que contengan tétanos-difteria, una de las cuales debe ser Tdap.
- Polio: al menos 3 dosis, con la última dosis en o después del cuarto cumpleaños.
- MMR: 2 dosis con al menos 28 días de diferencia, con la 1.ª dosis al cumplir 1.º cumpleaños o después.
- Meningococo: 1 dosis
- Hep B: 3 dosis, con la dosis final en o después 24 semanas de edad.
- Varicela: 2 dosis, con la 1.ª dosis al cumplir 1.º cumpleaños o después de la verificación de la enfermedad.**
- Hep A: 2 dosis administradas con seis meses de diferencia, con la primera dosis al cumplir el primer año o después. Ver "VACUNA HEPATITIS A 2 DOSIS FECHAS DE INGRESO FASE DE REQUISITOS" a la derecha para obtener información más específica sobre el nivel de grado y el año requerido.

VACUNA HEPATITIS A 2 DOSIS

FECHAS DE INTRODUCCIÓN DEL REQUISITO

- 1 de agosto de 2017: desde preescolar hasta quinto grado
 - 1 de agosto de 2018: desde preescolar hasta sexto grado
 - 1 de agosto de 2019: desde preescolar hasta séptimo grado
 - 1 de agosto de 2020: desde preescolar hasta octavo grado
 - 1 de agosto de 2021: desde preescolar hasta noveno grado
 - 1 de agosto de 2022: desde preescolar hasta décimo grado
 - 1 de agosto de 2023: desde preescolar hasta el 11.º grado
 - 1 de agosto de 2024: desde preescolar hasta el grado 12
- ** Verificación de enfermedad: Confirmación en escrito por un MD, PA o APRN que el niño tiene antecedentes de enfermedad, según el historial familiar o médico.

Nota: El Comisionado de Salud Pública puede emitir una exención temporal del calendario de inmunización activa para cualquier vacuna si los Centros Nacionales para el Control y la Prevención de Enfermedades reconocen una escasez de suministro de dicha vacuna a nivel nacional.