

ESTADO DE FLORIDA

Examen de salud para el ingreso escolar

Padre o tutor: Por favor complete y firme la Parte I – Historia clínica del niño.

La ley estatal para el ingreso escolar requiere un examen de salud realizado por un profesional legalmente autorizado. Los distritos escolares locales pueden añadir requisitos adicionales.

(Escriba con letra de molde)

Nombre del niño (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección (calle)	Escuela	Grado
Ciudad y Código Postal	Teléfono de la casa	Padre/tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

PARTE I -HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO

Padre o tutor: Por favor marque en la columna de la izquierda las respuestas a las siguientes preguntas (1-8).

(Explique si responde "Sí" en el espacio de abajo).

1. Sí No ¿Tiene alguna preocupación sobre la salud en general (hábitos de alimentación y sueño, peso, etc.)?
2. Sí No ¿Alguna otra enfermedad específica o problema socioemocional o de comportamiento?
3. Sí No ¿Algún tipo de alergia (a alimentos, insectos, medicamentos, etc.)?
4. Sí No ¿Alguna prescripción (receta) médica (diaria u ocasional)?
5. Sí No ¿Algún problema de visión, audición o habla (anteojos, lentes de contacto, tubos auditivos, audífonos)?
6. Sí No ¿Alguna hospitalización, operación, o enfermedad grave (Especificar el problema)?
7. Sí No ¿Alguna lesión o algún accidente significativo (Especificar el problema)?
8. Sí No ¿Le gustaría conversar con la enfermera de la escuela sobre la salud de su hijo(a)?

Padre o tutor: Por favor explique las repuestas que marcó "Sí" en la parte de arriba.

Soy el padre o tutor del niño mencionado arriba. Doy mi autorización para que la información de mi hijo(a) en las PARTES 1 y 2 de este formulario sea revisada y utilizada únicamente por el personal de esta escuela y cualquier otro funcionario de salud escolar que proporcione servicios de salud escolar en el distrito cuyo propósito exclusivo sea satisfacer las necesidades de educación y salud de mi hijo(a).

Firma del padre/tutor

Fecha

Recomendaciones para el Prekínder y el Kínder de la Alianza para la Preparación Escolar

Padre o tutor: Por favor obtenga los servicios enumerados abajo para descartar cualquier problema. Consulte con su proveedor de cuidado de la salud para corregir o tratar algún problema que pueda disminuir la capacidad de aprendizaje de su hijo(a) en la escuela.

(Se recomiendan estos servicios, no son obligatorios.)

1. Examen completo de la vista (De 3 a 5 años de edad) Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ Proveedor del cuidado de la salud: <i>(marque uno)</i> Optómetra _____ Oftalmólogo _____	Describa las medidas correctivas para cualquier tipo de problema identificado y las adaptaciones necesarias.
2. Examen dental completo Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ Dentista: _____	Describa las medidas correctivas para cualquier tipo de problema identificado y las adaptaciones necesarias.
3. Prueba de audición Fecha del examen: _____ Resultados del examen: _____ Proveedor del cuidado de la salud: _____	Describa las medidas correctivas para cualquier tipo de problema identificado y las adaptaciones necesarias.

