

## 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.

# REGISTRO MÉDICO PARA EL ESTUDIANTE PREESCOLAR DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BROWARD

Nombre del estudiante: _____	Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Raza _____
Domicilio _____ Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____	Sírvase marcar la cobertura médica actual del estudiante: Florida
Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Kidcare <input type="checkbox"/> Ninguno
Escuela _____	Nombre del médico/clínica del estudiante _____

## HISTORIA CLÍNICA/VALORACIÓN DE LA SALUD

Marque con un círculo los problemas de salud que su hijo/a tuvo en el **pasado**:

Varicela                      Nacimiento prematuro                      Infección de oído

Fiebre reumática                      Cardiopatía                      Convulsiones/Ataque epiléptico

Otra enfermedad o lesión grave \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

---

Marque con un círculo los problemas de salud que su hijo/a tiene **ahora**:

Alergias	Dental	Ataques epilépticos	Renal	Anemia	Asma	Tubos auditivos	Diabetes
Habla	Vejiga	Audición	Visión	Cardiopatía	Hemofilia	<i>Sickle cell</i> <b>O</b> <i>trait</i> <small>(Anemia falciforme o el rasgo)</small>	

Otro    Explique \_\_\_\_\_

En caso de alergias/asma, diga la causa/el desencadenante \_\_\_\_\_

¿Alguien fuma en la casa?                       Sí                       No

¿Su hijo/a necesita ayuda o tiene restricción de las actividades físicas por problemas de salud?                       Sí                       No

Explique \_\_\_\_\_

---

Marque con un círculo los problemas de salud que su hijo/a tiene **con frecuencia**:

Bronquitis	Tos	Resfriados	Diarrea	Dolor de garganta	Dolor estomacal	Lesiones
Sarpullido	Vómito	Estreñimiento	Hemorragia nasal	Dificultad para orinar	Infección de oídos	

Explique, si es necesario \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento?                       Sí                       No

Si su respuesta es sí, ¿cuál y cuándo lo toma? \_\_\_\_\_

## DATOS NUTRICIONALES

(Marque "Sí" o "No" – Explique cuando sea necesario)

1. ¿Hay algún alimento que su hijo/a no debe comer por razones médicas, religiosas o personales?                       Sí     No  
\_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo/a tiene una dieta especial?                       Sí     No  
\_\_\_\_\_
3. ¿Le preocupa lo que su hijo/a come?                       Sí     No  
\_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo/a toma suplementos de vitaminas y minerales?                       Sí     No  
Si respondió sí, ¿cuáles son?  
\_\_\_\_\_
5. Los alimentos que le gustan \_\_\_\_\_ disgustan \_\_\_\_\_
6. ¿Su hijo/a come o mastica cosas que no son alimentos?                       Sí     No
7. ¿Su hijo/a tiene dificultad para masticar o tragar?                       Sí     No
8. ¿Ha habido recientemente algún cambio drástico en el apetito de su hijo/a?                       Sí     No
9. ¿Su hijo/a toma biberón?                       Sí     No

## HISTORIA DEL DESARROLLO

A qué **edad** aproximadamente su hijo/a:

a) Se sentó sin ayuda _____	d) Se vistió sin ayuda _____
b) Gateó _____	e) Se alimentó sin ayuda _____
c) Caminó _____	f) Aprendió a ir al baño _____
d) Habló _____	g) Entendió lo que se le dijo _____

Yo, voluntariamente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios, tales como, las observaciones en el salón de clases, las consultas de salud mental y los exámenes en los siguientes campos: auditivo, visual, nutricional, de desarrollo, socioemocional y dental con sus respectivos seguimientos. Además, yo autorizo a mi hijo/a a ir en el autobús escolar para tener acceso a servicios tales como: el cuidado dental, las clases de natación y otras excursiones escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha