

# MAMARONECK UNION FREE

## SCHOOL DISTRICT

Mamaroneck, NY 10543

*Estudiante nuevo*

Estimados padres/tutores de estudiantes nuevos:

Por favor completen los siguientes formularios en el paquete adjunto:

1. **Certificado de examen físico:** para ser completado por un médico/profesional del Estado de Nueva York después de tener un examen físico.

Por ley, todos los estudiantes nuevos y aquéllos que ingresan a los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo deben tener un examen físico del Estado de Nueva York. Los formularios completos firmados, sellados y fechados en los últimos 12 meses son aceptables.

2. **Formulario de administración de vacunación:** para ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).

3. **Formulario de detección de tuberculina:** debe ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).

4. **Formulario del índice de masa corporal (IMC):** (forma no incluida en el paquete)

La enfermera escolar debe enviar un informe de IMC y categoría de estado de peso a los estudiantes que necesiten exámenes físicos. Si eligen NO querer que los datos anónimos de su hijo sean informados al Estado, visiten nuestro sitio web e impriman el Formulario de rechazo del IMC, firmenlo y devuélvanlo a su Enfermera escolar lo antes posible.

5. **Formulario de información del historial de salud del niño(a):** para ser completado por el padre/tutor.

La información en este formulario ayuda a determinar el estado de salud actual de su hijo(a). Este formulario debe completarse anualmente.

6. **Certificado de examen dental:** para ser completado por el dentista de su hijo(a).

El Estado de Nueva York exige que las escuelas públicas soliciten un certificado de salud dental para los estudiantes al momento de ingresar a la escuela y en los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo.

7. **Hoja de permiso de medicamentos:** debe ser completada y firmada por el médico/profesional de su hijo(a) y firmada por un padre/tutor, sólo si su hijo(a) tomará algún medicamento mientras esté en la escuela durante el día escolar. Este formulario NO está incluido en su paquete. Si es necesario, elijan uno en la Oficina de Salud o imprímalo desde el sitio web de la escuela.

Ningún estudiante puede traer o tomar ningún medicamento en la escuela (incluidos los inhaladores) sin una Hoja de autorización de medicamentos completa así como un recipiente con la etiqueta de la farmacia para el medicamento. Esto incluye TODOS los medicamentos como Tylenol, Motrin, jarabe para la tos, etc. Todos los medicamentos se guardan encerrados en la enfermería.

Si su hijo(a) tiene asma, se recomienda tener un inhalador adicional en la enfermería.

Devuelvan todos los formularios a la Oficina de salud tan pronto como se hayan completado. Asegúrense de guardar una copia de los formularios ustedes mismos

**NO ENVÍEN FORMULARIOS POR CORREO DURANTE LOS MESES DE VERANO. PUEDEN TRAERLOS EN UNIDADES HASTA FINALES DE JUNIO MIENTRAS LA ESCUELA ESTÁ EN SESIÓN O TRAERLOS EN LA PRIMERA SEMANA DE LA ESCUELA. FAVOR DE ENTREGARLOS DIRECTAMENTE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.**

Si tienen alguna pregunta, llamen o pasen por la Oficina de Salud. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Vicky Ruggiero RN – Escuela Central - 914-220-3410  
Karen Torre RN – Escuela Chatsworth – 914-220-3510  
Madeline Lukas RN – Escuela Mamaroneck Avenue – 914-220-3610  
Roberta Billington RN – Escuela Murray – 914-220-3710  
Jacqueline Sheppard RN – Escuela Media Hommocks – 914- 220-3310  
Maureen Crean RN – MHS – 914-220-3112  
Dina Murphy RN – MHS - 914-220-3111

TODOS LOS FORMULARIOS ESTÁN DISPONIBLES EN LÍNEA EN  
[WWW.MAMKSCHOOLS.ORG](http://WWW.MAMKSCHOOLS.ORG)- COMMUNITY- HEALTH  
SERVICES-RESOURCES - HEALTH  
FORMS/REGISTRATION PACKET AND HEALTH  
INFORMATION FOR PARENTS

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM****TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

**STUDENT INFORMATION**

|         |                                                            |            |
|---------|------------------------------------------------------------|------------|
| Name:   | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | DOB:       |
| School: | Grade:                                                     | Exam Date: |

**HEALTH HISTORY**

|                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached                                                    |
| <input type="checkbox"/> Yes, indicate type <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Environmental |

|                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached    |
| <input type="checkbox"/> Yes, indicate type <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : _____ |

|                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached |
| <input type="checkbox"/> Yes, indicate type <input type="checkbox"/> Type: _____ Date of last seizure: _____                                                 |

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached      |
| <input type="checkbox"/> Yes, indicate type <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____ Date Drawn: _____ |

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:**

Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.

BMI \_\_\_\_\_ kg/m2 Percentile (Weight Status Category): ☐ <5<sup>th</sup> ☐ 5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup> ☐ 50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup> ☐ 85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup> ☐ 95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup> ☐ 99<sup>th</sup> and >

Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes Hypertension: ☐ No ☐ Yes

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

| Height:                                                                                                     | Weight:                  | BP:                      | Pulse:      | Respirations:                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TESTS</b>                                                                                                | <b>Positive</b>          | <b>Negative</b>          | <b>Date</b> | <b>Other Pertinent Medical Concerns</b>                                                                         |
| PPD/ PRN                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             | One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle |
| Sickle Cell Screen/PRN                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             | <input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____                                                    |
| <b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>                                                            |                          | <b>Date</b>              |             | <input type="checkbox"/> Mental Health: _____                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 10$ $\mu\text{g}/\text{dL}$ |                          |                          |             | <input type="checkbox"/> Other: _____                                                                           |

☐ System Review and Exam Entirely Normal

**Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities**

|                                 |                                         |                                        |                                       |                                           |
|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEENT  | <input type="checkbox"/> Lymph nodes    | <input type="checkbox"/> Abdomen       | <input type="checkbox"/> Extremities  | <input type="checkbox"/> Speech           |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Back/Spine    | <input type="checkbox"/> Skin         | <input type="checkbox"/> Social Emotional |
| <input type="checkbox"/> Neck   | <input type="checkbox"/> Lungs          | <input type="checkbox"/> Genitourinary | <input type="checkbox"/> Neurological | <input type="checkbox"/> Musculoskeletal  |

|                                                                          |                           |             |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: | Diagnoses/Problems (list) | ICD-10 Code |
|                                                                          | _____                     | _____       |
|                                                                          | _____                     | _____       |
|                                                                          | _____                     | _____       |

☐ Additional Information Attached

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                             | DOB:                                                     |                                                                          |
| <b>SCREENINGS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <b>Vision</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Right</b>             | <b>Left</b>                                 | <b>Referral</b>                                          | <b>Notes</b>                                                             |
| Distance Acuity                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20/                      | 20/                                         | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |                                                                          |
| Distance Acuity With Lenses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 20/                      | 20/                                         |                                                          |                                                                          |
| Vision – Near Vision                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 20/                      | 20/                                         |                                                          |                                                                          |
| Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <b>Hearing</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Right dB</b>          | <b>Left dB</b>                              | <b>Referral</b>                                          |                                                                          |
| Pure Tone Screening                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                             | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |                                                                          |
| <b>Scoliosis</b> Required for boys grade 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Negative</b>          | <b>Positive</b>                             | <b>Referral</b>                                          |                                                                          |
| And girls grades 5 & 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |                                                                          |
| Deviation Degree:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          | Trunk Rotation Angle:                       |                                                          |                                                                          |
| <b>Recommendations:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <b>RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Full Activity</b> without restrictions including Physical Education and Athletics.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Restrictions/Adaptations</b> Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>No Contact Sports</b> <b>Includes:</b> baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling                                                                                                                                                                   |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>No Non-Contact Sports</b> <b>Includes:</b> archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field                                                                                                                                                                    |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY</b><br>Grades 7 & 8 to play at high school level <b>OR</b> Grades 9-12 to play middle school level sports<br>Student is at <b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Accommodations:</b> Use additional space below to explain                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Colostomy Appliance*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Hearing Aids                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Protective Equipment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Other:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| Explain: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <b>MEDICATIONS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Order Form for Medication(s) Needed at School attached</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| List medications taken at home:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <b>IMMUNIZATIONS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Record Attached                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          | <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS |                                                          | Received Today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>HEALTH CARE PROVIDER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| Medical Provider Signature:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                             | Date:                                                    |                                                                          |
| Provider Name: <i>(please print)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                             | Stamp:                                                   |                                                                          |
| Provider Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| Phone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| Fax:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                             |                                                          |                                                                          |
| <b>Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                             |                                                          |                                                                          |

# MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT VACCINATION ADMINISTRATION RECORD

Please return this report to your **School Nurse** as soon as your child's vaccinations have been given and/or updated. Obtaining proper vaccinations for your child is required by law and admission to school can be **denied** without them. Vaccines must follow the Advisory Committee for Immunization (ACIP) guidelines.

**This form should be completed and/or updated annually.** Please see the list of immunization requirements below:

NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ TEACHER/COUNSELOR \_\_\_\_\_

School: ☐ CEN ☐ CHAT ☐ MAS ☐ MUR ☐ HMX ☐ HS ☐ Other: \_\_\_\_\_

### Immunization Requirements:

As required by NY State Dept. of Education, Health Care Provider verification of the following is needed for school attendance:

- **DTaP : three - five (3-5) doses** of diphtheria and tetanus toxoid-containing vaccine and acellular pertussis vaccine
- **Tdap : one (1)dose** - students 11 years of age or older entering grade 6 through 12 are required to have one dose of Tdap
- **IPV : three – four (3-4) doses** of polio vaccine
- **MMR : two (2) doses** of live measles, mumps and rubella vaccine ( K-12 )
- **HBV : three (3) doses** of Hepatitis B vaccine at intervals recommended by the ACIP (pre k – 12)
- **VARICELLA: – two (2) doses** of Varicella (chicken Pox) entering kindergarten, Grade 1, 2, 3, 4, 6,7, 8, 9,10 &11
- **MENINGOCOCCAL: one (1) dose** entering Grade 7,8,9 &10 one-two (1-2) doses at age 16, entering Grade 12

### In addition, for pre-kindergartners:

- **Hib** Haemophilis influenzae type b vaccine: 1-4 doses
- **PCV** Pneumococcal conjugate (PCV) 1-4 doses (age appropriate)
- **MMR & Varicella** : one (1)dose

## VACCINATION ADMINISTRATION RECORD TO BE COMPLETED & SIGNED BY THE HEALTH CARE PROVIDER

| <u>VACCINE</u>           | <u>DATE GIVEN:</u> |
|--------------------------|--------------------|
| DTaP 1 _____             | DTaP 3 _____       |
| DTaP 2 _____             | DTaP 4 _____       |
| DTaP 5 _____             | OR...              |
| DT 1 _____               | OR Td 1 _____      |
| DT 2 _____               | OR Td 2 _____      |
| DT 3 _____               | OR Td 3 _____      |
| Tdap _____               |                    |
| IPV 1 _____              | IPV 3 _____        |
| IPV 2 _____              | IPV 4 _____        |
| VARICELLA 1 _____        |                    |
| VARICELLA 2 _____        |                    |
| MMR 1 _____              |                    |
| MMR 2 _____              |                    |
| TST (LAST) MANTOUX _____ | RESULT _____ ❖     |
| BCG _____                |                    |

| <u>VACCINE</u>                                                | <u>DATE GIVEN:</u> |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| HEP B 1 _____                                                 |                    |
| HEP B 2 _____                                                 |                    |
| HEP B 3 _____                                                 |                    |
| <b>OR</b> (Adult formulation 2 dose series, ages 11 – 15 yrs) |                    |
| HEP B 1 (1.0 ML) _____                                        |                    |
| HEP B 2 (1.0 ML) _____                                        |                    |
| HIB 1 _____                                                   |                    |
| HIB 2 _____                                                   |                    |
| HIB 3 _____                                                   |                    |
| HIB 4 _____                                                   |                    |
| PNEUMOCOCCAL VACCINE                                          |                    |
| 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____                               |                    |
| MENINGOCOCCAL VACCINE _____                                   |                    |
| MENINGOCOCCAL VACCINE _____                                   |                    |
| HEP A 1 _____                                                 | HEP A 2 _____      |
| HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE (HPV)                            |                    |
| 1 _____ 2 _____ 3 _____                                       |                    |
| OTHER _____                                                   |                    |

❖ If Positive TST, Chest x-ray needed:  
Date of CXR: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

### OFFICE STAMP NECESSARY HERE ↓

Healthcare Provider

NAME (Print) \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY/STATE/ZIP: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

TELEPHONE #: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

# MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

## HEALTH OFFICE

### Tuberculosis Screening/Clearance

Student's Name \_\_\_\_\_

**Mamaroneck Schools require TB risk assessment for all incoming new students.**

Students with **NORISKFACTORS** do not require further testing.

\_\_\_\_\_ This student has no TB risk factors

**MD SIGNATURE HERE** \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ STAMP \_\_\_\_\_

**Students with Risk Factors** require TB testing:

\_\_\_\_\_ History of TB exposure

\_\_\_\_\_ Immigration from high incidence countries (Asia, Africa, Eastern Europe, Central & South America)

\_\_\_\_\_ Lodging with local residents, families in high incidence countries during travel

\_\_\_\_\_ Household contact with family members from high incidence countries

\_\_\_\_\_ Exposure to HIV infected, homeless, drug using or incarcerated individuals

\_\_\_\_\_ **TUBERCULIN SKIN TEST (TST)**

Date Placed \_\_\_\_\_ Date Read \_\_\_\_\_

mm of Induration \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Chest X-ray results

**MD SIGNATURE HERE** \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ STAMP \_\_\_\_\_

Please see over for helpful information

1/14/16

**These countries have LOW RATES OF TB. (2013)**

Albania, America Samoa, Andorra, Antigua and Barbuda, Australia, Austria, Barbados, Belgium, Bermuda, British Virgin Islands, Canada, Cayman Islands, Chile, Cook Islands, Costa Rica, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Dominica, Finland, France, Germany, Greece, Grenada, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Jordan, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Luxembourg, Malta, Monaco, Montserrat, Netherlands, Netherlands Antilles, New Zealand, Norway, Puerto Rico, Saint Kitts and Nevis, St. Lucia, Samoa, San Marino, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos Islands, United Arab Emirates, United Kingdom, United States Virgin Islands, United States of America

All other countries not listed have high rates of TB exposure (and require testing)

**If Tuberculin Test or IGRA is positive, now or previously, the following are required:**

**1. Date of Positive TST or IGRA**

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Chest X-ray: (Please attach copy of report)**

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_ Normal

\_\_\_\_ Abnormal

(Describe) \_\_\_\_\_

**3. Clinical Evaluation:**

\_\_\_\_ Normal

\_\_\_\_ Abnormal

(Describe) \_\_\_\_\_

**4. Treatment:**

\_\_\_\_ No

(Please explain) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Yes

(Drug, Dose, Frequency, Dates) \_\_\_\_\_

Additional review of history, if indicated:

- BCG Vaccine \_\_\_\_\_ date
- Previous POS TST \_\_\_\_\_ date
- Previous treatment \_\_\_\_\_ date

Any other comments \_\_\_\_\_

Thank you.

**Distrito Escolar de Mamaroneck**  
**INFORMACIÓN DE HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE**  
(A ser llenado por el padre o tutor al principio de cada año escolar)

El aprendizaje de su estudiante depende de tener buena salud. Para ayudarnos a proveer servicios de salud en la escuela, por favor llene el siguiente formulario. La información es confidencial y puede ser compartida con los maestros conforme sea necesario. **Regrese este formulario a la enfermera escolar lo más pronto posible.**  
Gracias.

**Nombre del estudiante:** (Por favor use letra de molde) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Hombre** ☐ **Mujer** ☐

**Grado:** \_\_\_\_\_ **Maestro(a)/Consejero(a):** \_\_\_\_\_

**Escuela:** ☐ Central ☐ Chatsworth ☐ Mamaroneck Avenue ☐ Murray  
☐ Hommocks ☐ High School ☐ Otra

**Nombre del(de los) Padre(s)/Tutor(es) con quien reside:** \_\_\_\_\_

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) \_\_\_\_\_; ☐ Hombre ☐ Mujer; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; relación \_\_\_\_\_

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) \_\_\_\_\_; ☐ Hombre ☐ Mujer; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; relación \_\_\_\_\_

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) \_\_\_\_\_; ☐ Hombre ☐ Mujer; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; relación \_\_\_\_\_

**Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

**Nombre del dentista:** \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

**¿El estudiante va con un ortodoncista?** ☐ No ☐ Sí **Nombre del doctor** \_\_\_\_\_

**Nacimiento:** ¿Alguna complicación o problema durante el embarazo y/o parto? ☐ No ☐ Sí

Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Embarazo llegó a término? ☐ No ☐ Sí Si no, ¿qué tan prematuro(a) fue el bebé? \_\_\_\_\_ (semanas).

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

| <b>El estudiante ha tenido:</b> | <b>SÍ</b>                | <b>Fecha:</b> |  | <b>SÍ</b>             | <b>Fecha:</b>            |       |
|---------------------------------|--------------------------|---------------|--|-----------------------|--------------------------|-------|
| Varicela                        | <input type="checkbox"/> | _____         |  | Meningitis            | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Encefalitis                     | <input type="checkbox"/> | _____         |  | Fiebre reumática      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Enfermedad de Lyme              | <input type="checkbox"/> | _____         |  | Prueba positiva de TB | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tendencia a sangrar             | <input type="checkbox"/> | _____         |  | Neumonía              | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Presión arterial alta           | <input type="checkbox"/> | _____         |  | Enfermedad del riñón  | <input type="checkbox"/> | _____ |

¿Alguna complicación de las enfermedades anteriores? (por favor explique) \_\_\_\_\_

**¿El estudiante tiene o ha tenido alguna de las siguientes?**

• ¿Alergias? ☐ Sí ☐

¿A medicina, comida, insectos, polen?

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿La alergia ha requerido acción de emergencia en el pasado? No ☐ Sí ☐

¿Qué le pasa al estudiante? \_\_\_\_\_

• ¿Asma? ☐ Sí ☐

Provocada por: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Diagnosticada por un doctor? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usa: inhalador ☐ nebulizador ☐ otra medicina ☐

Tomada: solo en casa ☐ puede necesitar medicina en la escuela ☐

POR FAVOR VEA AL REVERSO

- Déficit de Atención      Sí ☐      ¿El estudiante toma medicina actualmente? No ☐ Sí ☐  
Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Dosis (mg): \_\_\_\_\_  
¿Qué tan seguido la toma? \_\_\_\_\_
- Alergia a piquete de abeja      Sí ☐      Describa la reacción: \_\_\_\_\_  
Dificultad para respirar      No ☐ Sí ☐  
¿Necesita medicina de emergencia? No ☐ Sí ☐
- ¿Problemas de articulaciones,      Sí ☐      Describa: \_\_\_\_\_  
huesos, o huesos rotos?      ¿Alguna restricción física? \_\_\_\_\_
- Diabetes      Sí ☐      ¿Requiere insulina? No ☐ Sí ☐ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- ¿Mareos, pérdida de conciencia, desmayos o pérdida de memoria? Sí ☐
- Condición del corazón, Sí ☐      Describa: \_\_\_\_\_  
murmuro o latido irregular?      ¿Alguna restricción física? No ☐ Sí ☐  
¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Medicina? No ☐ Sí ☐
- ¿Historia de niveles altos de plomo en la sangre? Sí ☐      ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el nivel? \_\_\_\_\_
- ¿Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano?      Sí ☐ \_\_\_\_\_
- ¿Herida previa en la cabeza?      Sí ☐      Edad: \_\_\_\_\_ Describa: \_\_\_\_\_
- ¿Convulsiones?      Sí ☐      Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_  
Fecha de última convulsión: \_\_\_\_\_ Medicina: \_\_\_\_\_  
¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado de un doctor para convulsiones? No ☐ Sí ☐

¿El estudiante ha tenido alguna otra enfermedad? \_\_\_\_\_

¿El estudiante toma alguna otra medicina diario en casa? No ☐ Sí ☐      ¿En la escuela? No ☐ Sí ☐

Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Razón para tomarla: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha tenido alguna condición que requirió tratamiento de emergencia u hospitalización? No ☐ Sí ☐

Si sí, ¿para qué?      Edad      ¿Cuánto tiempo en el hospital? ¿Cirugías?

**Marque las siguientes categorías/preocupaciones de salud que conciernen al estudiante:**

<> Ojos: ☐ usa lentes    ☐ usa lentes de contacto:    ☐ para leer    ☐ para distancia    ☐ todo el tiempo

<> Oídos: ☐ infecciones frecuentes ☐ tubos de oído presentes      Fecha: \_\_\_\_\_

usa aparato auditivo; ☐ oído derecho ☐ oído izquierdo ☐ dificultad para escuchar-explique: \_\_\_\_\_

<> Otros:    ☐ sangrado de nariz    ☐ requiere pañal    ☐ dificultad para dormir    ☐ come muy poco  
☐ dolores de cabeza/migrañas ☐ requiere cateterización ☐ problemas dentales    ☐ come demasiado  
☐ intestino    ☐ vejiga    ☐ moja la cama    ☐ menstruación    ☐ fobias

¿El estudiante tiene algún problema médico, físico, de aprendizaje o emocional acerca del cual la escuela deba saber? (discapacidades; padres recién separados; etc.)

¿Su estudiante ha sido evaluado por alguno de los siguientes expertos? (en los últimos 12 meses):

☐ audiólogo      ☐ terapeuta ocupacional      ☐ psicólogo      ☐ terapeuta de habla/lenguaje

☐ neurólogo      ☐ terapeuta físico      ☐ psiquiatra      ☐ otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra preocupación sobre la salud del estudiante? \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

# MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Mamaroneck, NY 10543

## DENTIST CERTIFICATE

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN:

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

-----

TO BE COMPLETED BY DENTIST:

Date of Last Examination: \_\_\_\_\_

Check work that was completed at the last examination:

☐ Inspection

☐ Cleaning

☐ Repair

☐ No Treatment

Please provide any information about the child's dental health that the school nurse should be aware of:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name of Dentist (please print): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dentist Office Stamp (required):



Para: Familias de MHS

Por favor tome nota que **todos los formularios de salud** se pueden encontrar en la página web del distrito.

Para exámenes físicos:

- [www.mamkschools.org](http://www.mamkschools.org) – Haga clic en:
- Herramientas
- Padre
- Escuela – Formas (Información sobre inmunización y salud)
- Formas de salud individual
  - Certificado de examen físico
  - Formulario de administración de la vacunación
  - Certificado dental
  - Forma TB (tuberculosis)

Para formularios de orden de medicamentos y planes de acción:

- [www.mamkschools.org](http://www.mamkschools.org) – Haga clic en:
- Herramientas
- Padre
- Escuela – Formas (Información sobre inmunización y salud)
- Información de salud para padres
  - Formulario de permiso de medicamentos
  - Plan de acción de emergencia para alergia, asma y convulsión

Atentamente,

Enfermera de MHS