

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL REGISTRO DE SALUD UNIVERSAL DEL NIÑO (CH- 14)

Sección 1 - Padres

Por favor haga que el padre / tutor complete la sección superior y firme el consentimiento para que la enfermera proveedor de cuidado de niños / escuela pueda hablar de cualquier información en este formulario con el proveedor de atención médica.

El cuadro de WIC necesita ser comprobado sólo si el formulario se envía a la oficina de WIC. WIC es un programa de nutrición suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños que provee alimentos nutritivos , consejos de nutrición , referencias de cuidado de la salud , y amantamiento de apoyo a las familias con ingresos elegibles . Para obtener más información acerca de WIC en su área llame al 1-800-328-3838.

Sección 2 - Proveedor de Atención Médica

1. Por favor, ingrese la fecha del examen físico que se ha utilizado para completar el formulario. Mencione anomalías significativas, especialmente si el niño necesita tratamiento para esa anomalía (por ejemplo, cremas para el eczema, medicamentos para el asma para sibilancias, etc.)

- **Peso** – Por favor mencione el peso en libra versus kilogramos. Si el formulario está siendo utilizado para el programa WIC, el peso debe haber sido tomado en los últimos 30 días.
- **Estatura** – Indicar la estatura en pulgadas versus centímetros. Si el formulario está siendo utilizado para el programa WIC, la altura debe haber sido tomada en los últimos 30 días.
- **Circunferencia de la cabeza** - Sólo es necesario si el niño es menor de 3 años o mayor.
- **Presión de la sangre:** – Solo ingrese la información si el niño tiene 3 años o más.

2. Inmunización - Una copia de una tarjeta de vacunas puede ser copiado y colocado. Si usted necesita un formulario en blanco en la que pondrá las fechas de vacunación , puede solicitar un suministro de personal de Vacunas (IMM - 9) cartas del Departamento de Servicios para Personas Mayores de la Salud y del Programa de Inmunización de New Jersey al 609-588-7512 .

- El registro de vacunas se debe adjuntar al formulario para ser válida.
- "Fecha de la próxima vacunación se debe escribir " es opcional, pero ayuda a los proveedores de cuidado de niños para asegurar que los niños bajo su cuidado están en día con las vacunas.

3. Condiciones Médicas - Indique cualquier condición médica que puedan afectar a la salud del niño y el bienestar en el centro de cuidado infantil o la escuela.

a. . Nota alguna condición médica significativa o historial de cirugía. **Si el niño tiene una enfermedad compleja, un plan de atención especial es necesario y adjuntarse para cualquiera de los médicos.** Un plan de atención genérica (CH- 15) se puede obtener en www.state.nj.us/health/forms/ch-15.dot o pdf. Las copias impresas del CH-15 se pueden solicitar a la División de Servicios de Salud Familiar al 609-292-5666.

b. Medicamentos - Lista de los medicamentos actuales. Incluya todos los medicamentos que se administran en casa sí podrían afectar la salud del niño, mientras que en el cuidado de niños (convulsiones, medicamentos para el corazón o asma, etc.) Medicamentos a corto plazo, como los antibióticos no deben ser enumerados en este formulario. Antibióticos a largo plazo, tales como antibióticos para las infecciones del tracto urinario o la profilaxis de células falciformes deben ser incluidos.-

Medicamentos PRN son medicamentos que se administran sólo cuando son necesarios y debe tener pautas en cuanto a los factores específicos que deberían desencadenar la administración del medicamentos.

Por favor sea específico acerca de los medicamentos que compra en la farmacia (OTC) que usted recomienda, e incluir información para el proveedor de los padres y el cuidado de niños en cuanto a dosis, vía, frecuencia, y los posibles efectos secundarios. Muchos proveedores de cuidado infantil pueden requerir hojas de permiso por separado para medicamentos con y sin receta.

c. Limitaciones a actividades físicas - Por favor, sea lo más específico posible e incluya fechas de prescripción, según corresponda. Cualquier limitación a excursiones hay que señalar. Mencionar consideraciones especiales tales como evitar la exposición al sol o la exposición a los alérgenos. Hay que señala cualquier reacción potencialmente grave para las picaduras de insecto. Consideraciones especiales tales como dormir de espaldas para bebés deben ser bien anotadas.

d. Equipo Especial - Escriba si el niño usa lentes, aparatos de ortodoncia, ortopedia u otro equipo especial. Los niños con necesidades de equipos complejos deben tener un plan de atención.

e. Alergias / Sensibilidades - Los niños con alergias mortales deben tener un plan de atención especial. Las reacciones alérgicas graves a animales o alimentos (sibilancia, etc.) deben tenerse en cuenta. Los planes de acción de asma pediátrica se pueden obtener de la Coalición contra el Asma Pediátrica de Nueva Jersey en www.pacnj.org o por teléfono al 908-687-9340.

f. Dietas especiales - Cualquier dieta especial y / o suplementos que se prescriben por el médico deben ser incluidos. La lactancia materna exclusiva debe observarse.

g. Conducta / Problemas de Salud Mental - Por favor, tenga en cuenta los problemas de comportamiento significativos o diagnósticos de salud mental como el autismo, aguantar la respiración, o TDAH

h. Planes de Emergencia - Puede requerir un plan de atención especial si las intervenciones son complejas. Sea específico acerca de los síntomas a tener en cuenta. Use un lenguaje sencillo y evitar el uso de términos médicos.

4 Proyección - Esta sección es necesaria para la escuela, WIC, Head Start, centros de cuidado infantil, y algunos otros programas. En esta sección se puede proporcionar datos valiosos para el personal de salud pública para realizar un seguimiento de la salud de los niños. Por favor, introduzca la fecha en que se realizó la prueba. Tenga en cuenta si la prueba fue anormal o coloque una " N " si era normal•

- Para el estado de detección de plomo si la muestra de sangre fue capilar o venosa y el valor de la prueba realizada.
- Para PPD entrar milímetros de induración y la fecha indicada debe ser la fecha de lectura. Si se realizó una radiografía de tórax, anote los resultados.
- Un chequeo de escoliosis es realizado cada dos años en las escuelas públicas a la edad de diez años.

Este formulario puede ser utilizado para la oficina atlética o de educación física. Como tal, por favor marque la casilla de encima de la línea de la firma y hace las anotaciones correspondientes en la limitación al bloque de Actividades Físicas.

1. Por favor, firmar y escribir la fecha en que se completó este formulario (tenga en cuenta la fecha del examen, si es diferente.).
 - Escriba el nombre del proveedor de atención médica.
 - Sello con el nombre, dirección y número de teléfono del sitio de atención de la salud.

**REGISTRO DE SALUD UNIVERSAL
DEL NIÑO**

*Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health and Senior Services*

SECCIÓN I - Para completar POR EL PADRE (S)					
Nombre del Niño/a (Apellido) _____ <small>(Nombre)</small>		Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____	
¿Tiene el niño seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió sí , nombre de la compañía de seguro de salud de su hijo/a			
Nombre del Padre / Tutor		Teléfono de la casa		Teléfono trabajo/ móvil	
Nombre de la madre/ tutor		Teléfono de la casa		Teléfono móvil del trabajo	
Yo doy mi consentimiento para para que el Proveedor de Atención Medica de mi hijo/a y la Enfermera de cuidado pueda hablar de la información en este formulario					
Firma/ Fecha				Esta forma puede ser pasada a WIC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SECTION II – TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER					
Fecha del examen físico			¿Los resultados de la examinación física, son normales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Anomalías mencionadas :			Peso (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC)		
			Estatura (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC)		
			Circunferencia de la cabeza (si < 2 años)		
			Presión sanguínea (si es > 3 años)		
VACUNAS			<input type="checkbox"/> Registro de vacunas adjunta <input type="checkbox"/> Fecha para la próxima vacuna es :		
MEDICAL CONDITIONS					
Condiciones médicas crónicas / Cirugías relacionadas • Lista de condiciones médicas / preocupaciones quirúrgicas ::		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Medicamentos/ Tratamientos • Nombre de Medicamentos / tratamientos:		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Limitaciones de Actividad Física • Limitaciones / consideraciones especiales		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Necesidades de Equipos Especiales • Elementos necesarios para las actividades diarias:		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Alergias / Sensibilidades • Alergias		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Dieta Especial / Suplementos de Vitaminas y Minerales • • Especificaciones dietéticas:		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Problemas de conducta / Diagnóstico de Salud Mental • • Lista de comportamiento / temas de salud mental / preocupaciones		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
Planes de Emergencia • • Plan de emergencia que podría necesitarse y los síntomas para tener en cuenta:		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan Especial Adjunto		Comentarios	
PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Tipo de Examen	Fecha realizada	Valor de Registro	Tipo de Examen	Fecha Realizada	Notar si es anormal
Hgb/Hct			Auditivo		
Plomo: <input type="checkbox"/> Capilar <input type="checkbox"/> Veneno			Visual		
TB (mm of Induración)			Dental		
Otro:			Desarrollo		
Otro:			Escoliosis		
<input type="checkbox"/> He examinado el estudiante arriba y revisado su historia de salud. En mi opinión él / ella puede participar plenamente en todas las actividades de cuidado de niños / escuela, incluyendo educación física y deportes de contacto competitivos, a menos que se señale.					
Nombre del proveedor de atención médica (escriba el nombre):			Sello del Centro de Cuidado de la Salud:		
Firma/ Fecha					