

\_\_\_ Matrícula Kindergarten  
\_\_\_ Matrícula Kindergarten  
de Transición

**MATRÍCULA PARA KINDER DE TRANSICIÓN (TK) /  
KINDERGARTEN 2021-2022**

El 1 de marzo del 2021, el Distrito Escolar de Oak Grove comienza el periodo de matrícula para los niños que entran a kindergarten y kindergarten de transición (TK) en agosto del 2021. Los niños nacidos el 1° de septiembre del 2016 o antes se pueden matricular en nuestro programa de kindergarten. **LOS NIÑOS NACIDOS ENTRE EL 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2016 Y EL 2 DE DICIEMBRE DEL 2016 PUEDEN MATRICULARSE EN EL PROGRAMA DE KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN DEL DISTRITO DE OAK GROVE.**

**LOS PADRES/TUTORES DEBEN PRESENTAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA MATRÍCULA. (Use esta carta como guía a medida que va reuniendo la información)**

- \_\_\_ 1. Verificación de la edad (una de las pruebas siguientes):
  - a. Copia certificada del acta de nacimiento
  - b. Declaración del registrador local o registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento
  - c. Certificado de bautismo
  - d. Pasaporte
  - e. Cuando no se puede obtener ninguno de los documentos anteriores, una declaración jurada del padre, madre, tutor o custodio o cualquier otro medio apropiado para comprobar la edad del niño(a).
- \_\_\_ 2. Verificación del domicilio (una de las pruebas siguientes):
  - a. Recibos de pago de impuestos a la propiedad
  - b. Contrato de alquiler, arrendamiento o recibos de pago
  - c. Contrato de servicios públicos, estados de cuenta o recibos de pago
  - d. Talón de pago de salario
  - e. Registro de votantes
  - f. Correspondencia de una agencia gubernamental
  - g. Declaración de residencia ejecutada por los padres o tutor legal del estudiante.
- \_\_\_ 3. Verificación del médico del mes y año de las vacunas siguientes:
  - \_\_\_ a. **Poliomielitis (4 dosis)** pero 3 dosis son aceptables si la última dosis se administró después de los 4 años.  
- OPV o IPV
  - \_\_\_ b. **DPT: (5 dosis)** pero se aceptan 4 dosis si la última se administró después de los 4 años.  
- Difteria  
- Tétano  
- Tos ferina (*pertussis*)
  - \_\_\_ c. **MMR (2 dosis)** La primera dosis se debe administrar en el primer año de edad o después.  
- Sarampión  
- Paperas  
- Rubéola
  - \_\_\_ d. **Hepatitis B (3 dosis)**
  - \_\_\_ e. **Varicela (2 dosis)**
- \_\_\_ 4. **Formulario de evaluación de riesgo de tuberculosis para la Escuela** del Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara completado por el pediatra dentro de los 12 meses antes de matricularse en la escuela.
- \_\_\_ 5. Revisión médica completa (**efectuada después del 1° de marzo del 2021**).
- \_\_\_ 6. Examen dental (completado dentro de los 12 meses anteriores al jardín de infantes)

NOTA: LA LEY EXIGE que todos los niños se hagan una revisión médica completa dentro de un plazo de 18 meses antes de comenzar primer grado. Las normas del distrito exigen que su hijo se haga una revisión médica completa en un plazo que no exceda los seis meses anteriores al comienzo de kindergarten (**después del 1° de marzo del 2021**). Hemos incluido un formulario para el informe del médico con los materiales para hacer la matrícula. La mayoría de los médicos prefieren realizar la revisión médica cuando actualizan las vacunas.

El plazo de matrícula para kindergarten comenzará el 1° de marzo del 2021. Para más información, póngase en contacto con la oficina del Distrito Escolar de Oak Grove, al 408-227-8300, ext.100267.

**INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA**

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

**PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN**

|                               |               |                |                                 |
|-------------------------------|---------------|----------------|---------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año |
| DOMICILIO—Número y Calle      | Ciudad        | Zona Postal    | Escuela                         |

**PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD****EXAMEN DE SALUD**

**AVISO:** Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

| PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS           | FECHA(mm/dd/aa) |
|---------------------------------------------|-----------------|
| Historia de Salud                           | / /             |
| Examen Físico                               | / /             |
| Evaluación de Dientes                       | / /             |
| Evaluación de Nutrición                     | / /             |
| Evaluación del Desarrollo                   | / /             |
| Pruebas Visuales                            | / /             |
| Pruebas con Audiómetro (auditivas)          | / /             |
| Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis* | / /             |
| Análisis de Sangre (para anemia)            | / /             |
| Análisis de Orina                           | / /             |
| Análisis de Sangre para el plomo            | / /             |
| Otra                                        | / /             |

**REGISTRO DE INMUNIZACIONES**

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

| VACUNA                                                                                                                      | FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA |         |         |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|---------|--------|--------|
|                                                                                                                             | Primero                          | Segundo | Tercero | Quarto | Quinto |
| <b>POLIO</b> (OPV o IPV)                                                                                                    |                                  |         |         |        |        |
| <b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)                 |                                  |         |         |        |        |
| <b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)                                                                                    |                                  |         |         |        |        |
| <b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B)<br>(Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente) |                                  |         |         |        |        |
| <b>HEPATITIS B</b>                                                                                                          |                                  |         |         |        |        |
| <b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)                                                                                           |                                  |         |         |        |        |
| OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)                                                                                      |                                  |         |         |        |        |
| OTRA                                                                                                                        |                                  |         |         |        |        |

**PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)****RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

\*de ser indicado

**PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD**

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

---

Estimados Padres o Tutores:

La ley de California exige que su hijo/a tenga una revisión dental en kindergarten o en primer grado, en su primer año en la escuela. El Distrito Escolar de Oak Grove requiere esta revisión dental **antes** de entrar a kindergarten. Se aceptarán las revisiones dentales del niño/a hasta 12 meses antes de ingresar en la escuela. La ley especifica que este examen dental debe realizarlo un dentista licenciado y otro profesional licenciado o registrado de salud dental.

Lleve la evaluación de salud dental/petición de exención a la consulta del dentista, ya que lo necesitarán para la revisión del niño/a. Si no pueden llevar a su hijo/a a esta revisión obligatoria, por favor indique cuál es la razón en la sección 3 del formulario.

Las entidades enumeradas a continuación le ayudarán a encontrar un dentista para hacer la revisión:

1. Llamando al teléfono gratuito de Medi-Cal/Denti-Cal al **1-800-322-6384** o visitando el sitio web [www.denti-cal.ca.gov](http://www.denti-cal.ca.gov) puede averiguar donde encontrar un dentista que acepte Denti-Cal.
2. Llamando al teléfono gratuito de Healthy Families al **1-800-880-5305** o visitando el sitio web <http://www.benefitscal.com/> puede ayudarlo a encontrar un dentista que acepte seguro dental de Healthy Families.
3. Healthy Kids es otro programa de seguro dental de bajo costo para el quizá reúna los requisitos. Para averiguar si su hijo/a se puede beneficiar de alguno de estos programas o de Healthy Kids, llamen al número gratuito **1-800-821-5437**.

Recuerden que su hijo/a no está sano ni está listo para la escuela si su salud dental no es buena. A continuación les presentamos consejos importantes para preservar la buena salud del niño/a:

- Lleve a su hijo/ al dentista al menos dos veces al año.
- Elija alimentos sanos para toda la familia. Los alimentos frescos suelen ser los más sanos.
- Cepillarse los dientes al menos dos veces al día con pasta dental que contenga flúor.
- Limite el consumo de dulces y bebidas edulcoradas como el ponche o las bebidas gaseosas. Las bebidas edulcoradas y los dulces contienen mucho azúcar, que produce caries y reemplaza nutrientes importantes en la dieta de su hijo/a. Estos alimentos dulces también contribuyen a problemas de sobrepeso, que pueden acabar en diabetes. Cuantos menos dulces y bebidas edulcoradas ¡mejor!

Los dientes de bebé son muy importantes, y no son sólo dientes que se van a caer. Los niños los necesitan para comer bien, hablar, sonreír y sentirse bien consigo mismos. Los niños con caries pueden tener problemas para comer, pueden dejar de sonreír y pueden tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela. La caries es una infección que no se cura y que puede ser dolorosa si no se trata. Los niños se pueden poner enfermos, necesitar tratamiento urgente y sus dientes permanentes pueden quedar dañados.

Hay muchos factores que contribuyen al progreso y al éxito de los niños en la escuela, incluyendo la salud. Los niños deben de estar sanos para poder aprender, y si tienen caries no lo están. La caries se puede prevenir, pero afecta a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tiene alguna pregunta sobre este nuevo requisito de salud dental, pueden llamar a las enfermeras del distrito Lindsey (408-227-8300 ext. 100253) o Marailee (408-227-8300 ext. 100278).

## Formulario de evaluación de la salud bucal

Es requerido por la Ley de California de que su niño/a tenga una evaluación dental antes de kindergarten o primer grado, cualquiera que sea su primer año en escuela pública. Un profesional dental con licencia de California que opera dentro de su ámbito de práctica debe realizar la revisión dentro de los 12 meses antes de que él/ella comience la escuela y complete la Sección 2 de este formulario. Si no puede obtener una revisión dental para su hijo/a, complete la Sección 3.

### Sección 1. Información del menor (debe ser completada por los padres o el tutor)

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                                                                            |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del menor:             | Apellido:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Inicial del segundo nombre: | Fecha de nacimiento del menor:                                                             |
| Domicilio:                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             | Depto.:                                                                                    |
| Ciudad:                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             | Código postal:                                                                             |
| Nombre de la escuela:         | Maestro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Grado:                      | Sexo del menor:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |
| Nombre del padre/madre/tutor: | Raza/origen étnico del menor:<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido |                             |                                                                                            |

### Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

**[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]**

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

**[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de la evaluación:<br><br><i>[Assessment Date:]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Incidencia de caries<br><i>[Caries Experience]</i><br>(Caries visibles y/o empastes presentes)<br><i>(Visible decay and/or fillings present)</i><br><input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i><br><input type="checkbox"/> No <i>[No]</i> | Caries visibles presentes:<br><i>[Visible Decay Present:]</i><br><input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i><br><input type="checkbox"/> No <i>[No]</i> | Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i><br><input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i><br><input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i><br><input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> <b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b><br/> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i> </div> <div> <b>Número de matrícula de CA</b><br/> <i>CA License Number</i> </div> <div> <b>Fecha</b><br/> <i>Date]</i> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Male/Female School: \_\_\_\_\_  
Last, First month/day/year

Address \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
Street City Zip

## Santa Clara County Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a U.S. licensed primary care provider and returned to the child's school.

1. Was your child born in, or has your child resided in or traveled to (for more than one week) a country with an elevated TB rate? ☐ Yes ☐ No
2. Has your child been exposed to anyone with TB disease? ☐ Yes ☐ No
3. Has a family member had a positive TB test or received medications for TB? ☐ Yes ☐ No
4. Was a parent, household member, or visitor who stayed in the child's home for >1 week, born in a country with an elevated TB rate? ☐ Yes ☐ No
5. Is your child immunosuppressed [e.g. due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha inhibitor or high-dose systemic steroids (e.g. prednisone  $\geq 15$  mg/day for  $\geq 2$  weeks)]? ☐ Yes ☐ No

\*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e. travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age  $\geq 2$  years in the U.S.) or TST (performed at age  $\geq 6$  months in the U.S.).

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

### Enter test results for all children with a positive risk assessment:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interferon Gamma Release Assay (IGRA)<br>Date: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate                                                                                         |
| Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD)<br>Date placed: _____ Date read: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Induration _____ mm<br>Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive                                                                                                         |
| Chest X-Ray Date: _____ Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                            |
| LTBI Treatment Start Date: _____<br><input type="checkbox"/> Rifampin daily - 4 months<br><input type="checkbox"/> Isoniazid/rifapentine - weekly X 12 weeks<br><input type="checkbox"/> Isoniazid daily - 9 months<br><input type="checkbox"/> Other: _____                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____<br><input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated: _____<br><input type="checkbox"/> Declined against medical advice |
| Please check one of the boxes below and sign:<br><input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test.<br><input type="checkbox"/> Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.<br><input type="checkbox"/> Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and no TB symptoms. |                                                                                                                                                                                                            |
| _____<br>Health Care Provider Signature, Title Date                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |

Name/Title of Health Provider:

Facility/Address:

Phone number:

# County of Santa Clara

## Public Health Department

Tuberculosis Prevention & Control Program  
976 Lenzen Avenue, Suite 1700  
San José, CA 95126  
408.885.2440



### Testing Methods

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk. An IGRA can be used in all children  $\geq 2$  years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of  $\geq 10$ mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease (yes to question 2 on reverse), or the child is immunosuppressed, then TST  $\geq 5$  mm is considered positive. If a BCG-vaccinated child has a positive TST, and an IGRA is subsequently performed and is negative, testing is considered negative unless the child was exposed to someone with TB disease or is immunosuppressed. For immunosuppressed children, screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review.

### Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a CXR (posterior-anterior and lateral is recommended for children  $< 5$  years old). A CXR is not required for a positive TST with negative IGRA in a BCG-vaccinated child, or if the child has documentation of prior treatment for TB disease or treatment for latent TB infection.
- For children with TB symptoms (e.g. cough for  $> 2$ -3 weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, weight loss, night sweats) or an abnormal CXR consistent with active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one day. The child will need to be evaluated for TB disease with sputum AFB smears/cultures and nucleic acid amplification testing. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with symptoms or signs of TB disease. The child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI). Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.
- Short-course regimens (rifampin daily for four months or 12-dose weekly isoniazid/rifapentine) are preferred (except in persons for whom there is a contraindication, such as a drug interaction or contact to a person with drug-resistant TB) due to similar efficacy and higher treatment completion rates as compared with 9 months of daily isoniazid

### Treatment Regimens for Latent TB Infection

- Rifampin 15 - 20 mg/kg (max. 600 mg) daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen:
  - Isoniazid
    - 2-11 years old: 25 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
    - $\geq 12$  years old: 15 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
  - Rifapentine
    - 10.0-14.0 kg: 300 mg
    - 14.1-25.0 kg: 450 mg
    - 25.1-32.0 kg: 600 mg
    - 32.1-50.0 kg: 750 mg
    - $> 50$  kg: 900 mg
  - Vitamin B6 50 mg weekly
- Isoniazid 10 mg/kg (range, 10-15 mg/kg; max. 300 mg) daily for 9 months. Recommended pyridoxine dosage is 25 mg for school-aged children (or 1-2 mg/kg/day).

For additional information: [www.sccphd.org/tb](http://www.sccphd.org/tb) or contact the TB Control Program at (408) 885-2440.



## FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a \_\_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

☐ *Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.*

***Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:***

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? ☐ Sí ☐ No ¿Durante el horario escolar? ☐ Sí ☐ No Si sí,

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

**Si su hijo/a necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese el formulario a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)**

Marque ☒ la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

☐ **Asma** ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa  
☐ Inhalador en casa ☐ Inhalador en la escuela  
☐ **Convulsiones** ☐ Solo de bebé  
☐ Actualmente toma medicamento \_\_\_\_\_

☐ **Alergias** ☐ Leves ☐ Moderadas ☐ Severas  
☐ Abejas/insectos  
☐ Comidas \_\_\_\_\_  
☐ Fiebre del heno de temporada  
☐ Alérgico al medicamento \_\_\_\_\_  
☐ Otro \_\_\_\_\_  
☐ EpiPen en casa ☐ EpiPen en la escuela

☐ **Limitaciones físicas** \_\_\_\_\_  
☐ Equipo especializado necesario en casa  
☐ Equipo especializado necesario en la escuela

☐ **Soplo /enfermedad del corazón** \_\_\_\_\_

☐ **Otras condiciones** \_\_\_\_\_

☐ **Diabetes** ☐ Tipo I ☐ Tipo II

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? ☐ Sí ☐ No

Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: \_\_\_\_\_

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? ☐ Sí ☐ No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? ☐ Sí ☐ No

Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? \_\_\_\_\_

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? ☐ Sí ☐ No Última vez administrado: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? ☐ Sí ☐ No

Si sí: Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

☐ **Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.**

**Firma de los padres/tutor legal** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

- ☐ Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- ☐ Diabetic Supplies
- ☐ Snacks
- ☐ Signed *Diabetic Orders for School* indicating parent review

☐ Original to Cum ☐ Faxed to District Nurse 408-225-3752 ☐ Health Assistant ☐ Teacher



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

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

**EMERGENCY INFORMATION** *(This will be used if the Emergency Card is not available)*

If I cannot be reached, I authorize the school to contact the person listed below. I further authorize the school to release the student to the person listed below.

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I also give my consent for emergency medical or dental treatment, including transportation to the nearest emergency aid facility, if I or the person listed above cannot be reached.

Signature of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMERGENCIA** *(Esta información será usada si la Tarjeta de Emergencia no está disponible.)*

Si no pueden comunicarse conmigo, autorizo que la escuela se comunique con la persona cuyo nombre aparece abajo. Además, autorizo a la escuela a entregar al/a estudiante a la persona anotada abajo.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

También doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico o dental incluyendo transportación al lugar médico más cercano si no se pueden poner en contacto conmigo o con la persona cuyo nombre aparece anotado arriba.

Firma del padre/Tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CHI TIẾT VỀ SỰ KHẨN CẤP LIÊN QUAN ĐẾN EM HỌC SINH** *(Chi tiết này sẽ được dùng nếu không có Thẻ Khẩn Cấp)*

Trong trường hợp nhà trường không liên lạc được với chúng tôi, chúng tôi cho phép nhà trường liên lạc với người có tên dưới đây. Ngoài ra, chúng tôi cũng cho phép nhà trường được quyền trao con em tôi cho người có tên dưới đây.

Tên \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Chúng tôi cũng đồng ý cho nhà trường mang con em tôi đến phòng cấp cứu gần nhất để chữa bệnh hay chữa răng nếu nhà trường không liên lạc được với người có tên nêu trên.

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Attachment to forms 2339, 2347, 2348