

**COMUNIDAD DE VIRGINIA**  
**FORMULARIO DE SALUD DE INGRESO A LA ESCUELA**  
**Formulario de información de salud/Informe de examen físico completo/Certificación de inmunización**

**Parte I – FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

La ley estatal (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) requiere que su hijo esté vacunado y reciba un examen físico completo antes de ingresar al público jardín de infantes o escuela primaria. **El padre o tutor completa esta página (Parte I) del formulario.** El proveedor médico completa la Parte II y la Parte III del **forma. Este formulario debe completarse no antes de un año antes del ingreso de su hijo a la escuela.**

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Ultimo \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado o País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma principal hablado: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal 1: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo o Celda: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal 2: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Preferencia de hospitales: \_\_\_\_\_

Seguro médico del niño: Ninguno y FAMIS Plus (Medicaid) y FAMIS y Privado/Comercial/ Patrocinado por el empleador y \_\_\_\_\_

Recuadro 1. Condiciones preexistentes					
Condición	Sí	Comentarios	Condición	Sí	Comentarios
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex)			Diabetes: Tipo 1		
Enumere las alergias que amenazan la vida:			Diabetes: tipo 2		
			Bomba de insulina		
Alergias (estacionales)			Lesión en la cabeza, conmoción cerebral		
Asma o condiciones respiratorias			Condiciones auditivas o sordera.		
Desorden hiperactivo y déficit de atención			Enfermedades del corazón		
Condiciones conductuales/psicológicas/sociales			Envenenamiento por plomo		
Condiciones de desarrollo			Condiciones musculares		
Condiciones de la vejiga			convulsiones		
Condiciones de sangrado			Enfermedad de células falciformes (no rasgo)		
Condiciones intestinales			Condiciones del habla		
Parálisis cerebral			Lesión espinal		
Fibrosis quística			Cirugía		
Condiciones de salud dental			Condiciones de la visión		

Describa cualquier otra información importante relacionada con la salud de su hijo (y Tubo de alimentación, y Traqueotomía, y Soporte de oxígeno, y Audífonos, y Aparato dental, y Silla de ruedas, Hospitalizaciones, etc.):

Recuadro 2. Medicamentos			
Enumere todos los medicamentos recetados, de emergencia, de venta libre y a base de hierbas que su hijo toma con regularidad (hogar/escuela):			
Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo Administrado (Hogar/Escuela)	notas
1.			
2.			
3.			
4.			

Medicamentos Adicionales (Nombre, Dosis, Hora Administrada, Notas)

Marque aquí si desea discutir información confidencial con la enfermera escolar u otra autoridad escolar. Sí

No Por favor proporcione la siguiente información:

	Nombre	Teléfono	Fecha de la última cita
Pediatra/proveedor de atención primaria			
Especialista			
Dentista			
Asistente social (si corresponde)			

Yo \_\_\_\_\_ (autorizo) (no) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor designado de atención médica en el entorno escolar a hablar sobre las inquietudes de salud de mi hijo y/o intercambiar información relacionada con este formulario. Esta autorización estará vigente hasta o a menos que usted retirarlo. Puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del registro de su hijo, la documentación de la divulgación se mantiene en el registro académico o de salud de su hijo.

Firma del padre o tutor legal: Firma del intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMUNIDAD DE VIRGINIA**  
**FORMULARIO DE SALUD DE INGRESO A LA ESCUELA**  
**Parte II - Certificación de Inmunizaciones**

Compruebe si el estudiante  
**Inmunización**  
 Los registros se adjuntan  
 mediante un formulario separado  
 firmado por HCP



**Sección I**

Consulte la Sección II para la inscripción condicional y las exenciones.

Se aceptará una copia del registro de vacunas firmada o sellada por un médico o su designado, una enfermera registrada o un funcionario del departamento de salud que indique las fechas de administración, incluido el mes, el día y el año de las vacunas requeridas, en lugar de registrar estas fechas en este formulario, siempre y cuando el

El registro se adjunta a este formulario. El formulario debe estar firmado y fechado por el proveedor médico o el funcionario del Departamento de Salud en la casilla correspondiente.

Comuníquese con su departamento de salud local para obtener ayuda con los registros de vacunas extranjeros.

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento : / /			Sexo:
Carrera (Opcional):		Etnicidad: <b>Hispano</b> <b>no hispano</b>			
INMUNIZACIÓN	REGISTRE LAS FECHAS COMPLETAS (mes, día, año) DE LAS DOSIS DE VACUNA APLICADAS				
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Difteria, tétanos (DT) o Tdap o Td <small>Vacuna (administrada después de los 7 años de edad)</small>	1	2	3	4	5
Refuerzo de la vacuna Tdap	1				
Vacuna contra la poliomielitis (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Haemophilus influenzae tipo b Vacuna (Hib conjugado) solo para niños <60 meses de edad	1	2	3	4	
Vacuna contra el rotavirus (RV) solo para niños < 8 meses de edad	1	2	3		
Vacuna antineumocócica (PCV conjugada) solo para niños <60 meses de edad	1	2	3	4	
vacuna contra la varicela	1	2	Fecha de la enfermedad de varicela O confirmación serológica de varicela Inmunidad:		
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR vacuna)	1	2			
Vacuna contra el Sarampión (Rubeola)	1	2	Confirmación serológica de inmunidad al sarampión:		
Vacuna contra la rubéola	1	2	Confirmación serológica de inmunidad a la rubéola:		
Vacuna contra las paperas	1	2	Confirmación serológica de la inmunidad contra las paperas:		
Vacuna contra la hepatitis B (VHB) ÿ Formulación para adultos de Merck utilizada	1	2	3	4	
Vacuna contra la hepatitis A	1	2			
Vacuna <b>antimeningocócica</b> ACWY	1	2			
Vacuna meningocócica <b>B</b>	1	2	3		
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	1	2	3		
Influenza (anual)	1	2	3	4	5
Otro	1	2	3	4	5
Otro	1	2	3	4	5
<b>Certificación de Inmunizaciones</b>					
Certifico que este niño está <b>ADECUADAMENTE O EN EDAD APROPIADA VACUNADO</b> de acuerdo con los requisitos MÍNIMOS para asistir a la escuela, cuidado de niños o preescolar prescrito por las <i>Regulaciones de la Junta Estatal de Salud para la Vacunación de Niños Escolares</i> (Referencia Sección III).					
Firma del Proveedor Médico o Funcionario del Departamento de Salud:			Fecha (mes, día, año): ___/___/___		

**Sección II**  
**Inscripción Condicional y Exenciones**

Complete la sección de exención médica o inscripción condicional según corresponda para incluir la firma y la fecha.  
Esta sección debe adjuntarse a la Información de salud de la Parte I (para ser completada y firmada por los padres).

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**EXENCIÓN MÉDICA:** Como se especifica en el *Código de Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), certifico que la administración de las vacunas designadas a continuación sería perjudicial para la salud de este estudiante. La(s) vacuna(s) está(n) específicamente contraindicado porque (por favor especifique):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DTP/DTaP/Tdap :[\_\_\_\_]; DT/Td:[\_\_\_\_]; OPV/IPV:[\_\_\_\_]; Hib:[\_\_\_\_]; PCV:[\_\_\_\_]; RV:[\_\_\_\_]; Sarampión :[\_\_\_\_];  
Paperas:[\_\_\_\_]; Rubéola :[\_\_\_\_]; VAR:[\_\_\_\_]; Hombres ACWY:[\_\_\_\_]; Hombres B:[\_\_\_\_]; hepatitis A:[\_\_\_\_]; VHB:[\_\_\_\_]

Esta contraindicación es permanente: [    ], o temporal [    ] y se espera que excluya las inmunizaciones hasta: Fecha (mes, día, año): |\_\_|\_|\_|\_|\_|.

**Firma del Proveedor Médico o Funcionario del Departamento de Salud:** \_\_\_\_\_ **Fecha (mes, día, año):** \_\_/\_\_/\_\_

**EXENCIÓN RELIGIOSA:** El *Código de Virginia* le permite a un niño una exención de recibir las vacunas requeridas para asistir a la escuela si el estudiante o la el padre/tutor presenta una declaración jurada al funcionario de admisiones de la escuela declarando que la administración de agentes inmunizantes entra en conflicto con los principios o prácticas religiosas del estudiante. Cualquier estudiante que ingrese a la escuela debe presentar esta declaración jurada en un CERTIFICADO DE EXENCIÓN RELIGIOSA (Formulario CRE-1), que se puede obtener en cualquier departamento de salud local, oficina del superintendente de la división escolar o departamento local de servicios sociales. Árbitro. *Código de Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

**INSCRIPCIÓN CONDICIONAL:** Como se especifica en el *Código de Virginia* § 22.1-271.2, B, certifico que este niño ha recibido al menos una dosis de cada una de las vacunas requerido por la Junta de Salud del Estado para asistir a la escuela y que este niño tiene un plan para completar sus requisitos dentro de los próximos 90 días calendario. próximo inmunización debida el \_\_\_\_\_.

**Firma del Proveedor Médico o Funcionario del Departamento de Salud:** \_\_\_\_\_ **Fecha (mes, día, año):** |\_\_|\_|\_|\_|\_|

**Sección III Requisitos**

Para conocer los requisitos mínimos de inmunización para ingresar a la escuela y la guardería, consulte el sitio web de la División de Inmunización en <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Los niños serán inmunizados de acuerdo con el calendario de vacunación desarrollado y publicado por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP). ), también conocido como **recomendaciones** (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).  
(Los requisitos están sujetos a cambios).

**Parte III - INFORME DE EXAMEN FÍSICO INTEGRAL**

Un médico, enfermero practicante o asistente médico autorizado y calificado debe completar la Parte III. El examen debe realizarse no más de un año antes de la entrada en jardín de infantes o escuela primaria (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Las instrucciones para completar este formulario se pueden encontrar en [www.vahealth.org/schoolhealth](http://www.vahealth.org/schoolhealth).

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: **Y M y F**

<p><b>Fecha de evaluación:</b> ____/____/____</p> <p><b>Peso:</b> _____ libras <b>Altura:</b> _____ pie _____ en.</p> <p><b>Índice de masa corporal (IMC):</b> _____ PA _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historial apropiado de edad/género completado</p> <p><input type="checkbox"/> Orientación anticipada proporcionada</p>	<p style="text-align: center;"><b>Examen físico</b></p> <p style="text-align: center;">1 = Dentro de lo normal 2 = Hallazgo anormal 3 = Remitido para evaluación o tratamiento</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ENTONCES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Neurológico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulmones</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Abdomen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Genital</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Corazón</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>extremidades</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Urinario</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3		1	2	3		1	2	3	ENTONCES				Neurológico				Piel				Pulmones				Abdomen				Genital				Corazón				extremidades				Urinario			
	1	2	3		1	2	3		1	2	3																																						
ENTONCES				Neurológico				Piel																																									
Pulmones				Abdomen				Genital																																									
Corazón				extremidades				Urinario																																									
<b>Detección de tuberculosis</b>																																																	
Marque la casilla que corresponda:																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> No se identificó riesgo de infección de TB</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> Sin síntomas compatibles con enfermedad de tuberculosis activa</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> Riesgo de infección de TB o síntomas identificados</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> No se identificó riesgo de infección de TB	<input type="checkbox"/> Sin síntomas compatibles con enfermedad de tuberculosis activa	<input type="checkbox"/> Riesgo de infección de TB o síntomas identificados																																													
<input type="checkbox"/> No se identificó riesgo de infección de TB	<input type="checkbox"/> Sin síntomas compatibles con enfermedad de tuberculosis activa	<input type="checkbox"/> Riesgo de infección de TB o síntomas identificados																																															
Prueba para infección de TB: TST IGRA Fecha: _____ Lectura de TST _____ mm Se requiere CXR Resultado de TST/IGRA: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo si la prueba para infección de TB o síntomas de TB es positiva. CXR Fecha: _____ <b>Pantallas EPSDT Requeridas</b> Normal <input type="checkbox"/> y Anormal <input type="checkbox"/>																																																	
<b>para Head Start – incluya resultados específicos y fecha:</b>																																																	
Plomo en sangre: _____ Hct/Hgb _____																																																	

	Evaluado para:	Método de evaluación:	dentro de lo normal	Preocupación identificada:	Referido para Evaluación												
Desarrollo	Emocional/Social																
	Resolución de problemas																
	Idioma/Comunicación																
	Las habilidades motoras finas																
	Habilidades motoras gruesas																
	<input type="checkbox"/> Proyectado a 20dB: Indique Aprobado (P) o Recomendado (R) en cada casilla. <input type="checkbox"/> Cribado por OAE (Otoemisiones Acústicas): <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Remitido		<input type="checkbox"/> Remitido a un audiólogo/otornolarinólogo <input type="checkbox"/> No se puede realizar la prueba: necesita volver a realizar la prueba														
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1000	2000	4000	R				L				<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva permanente Identificada previamente: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Audífono u otro dispositivo de asistencia		
	1000	2000	4000														
R																	
L																	

<input type="checkbox"/> Con lentes correctivos (marque si es así) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Esteropsis <input type="checkbox"/> y Aprobado <input type="checkbox"/> y Reprobado <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No probado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Distancia Ambos</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">Prueba L utilizada:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Remitido a un oftalmólogo <input type="checkbox"/> No se puede hacer la prueba, necesita volver a examinarse</p>	Esteropsis <input type="checkbox"/> y Aprobado <input type="checkbox"/> y Reprobado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No probado	Distancia Ambos	R	Prueba L utilizada:	20/	20/	20/				<input type="checkbox"/> Problemas identificados: remitidos para tratamiento <input type="checkbox"/> Sin Problema: Referido para prevención <input type="checkbox"/> Sin remisión: ya recibe atención dental <input type="checkbox"/> Incapaz de realizar
Esteropsis <input type="checkbox"/> y Aprobado <input type="checkbox"/> y Reprobado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No probado											
Distancia Ambos	R	Prueba L utilizada:											
20/	20/	20/											

	<p><b>Resumen de los hallazgos (marque uno):</b></p> <p><input type="checkbox"/> niño sano; no se identificaron condiciones de interés para las actividades del programa escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Afecciones identificadas que son importantes para la escolarización o la actividad física (complete las secciones a continuación y/o explique aquí):</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Alergia:</b> <input type="checkbox"/> alimento: _____ <input type="checkbox"/> insecto: _____ <input type="checkbox"/> medicamento: _____ <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Tipo de reacción alérgica: <input type="checkbox"/> anafilaxia <input type="checkbox"/> reacción local Respuesta requerida: <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> autoinyector de epinefrina <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Se necesita un plan de atención médica individualizado</b> (p. ej., asma, diabetes, trastorno convulsivo, alergia grave, etc.)</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Actividad Restringida Especifique:</b> _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Evaluación del desarrollo</b> <input type="checkbox"/> Tiene IEP <input type="checkbox"/> Se necesita más evaluación para: <b>Medicamentos.</b> _____</p> <p>El niño toma medicamentos para condiciones de salud específicas. <input type="checkbox"/> Los medicamentos deben darse y/o estar disponibles en la escuela.</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Dieta especial Especifique:</b> _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Necesidades especiales Especifique:</b> _____</p> <p><b>Otros comentarios:</b> _____</p>
--	--

<p><b>Certificación del profesional de la salud (Escriba de manera legible o selle) <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, certifico con una firma electrónica que toda la información ingresada anteriormente es precisa (ingrese el nombre y la fecha en la firma y las líneas de fecha a continuación).</b></p>	
Nombre: _____	Firma: _____
MCH213G revisado 10/2020	
Nombre de la institución: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Fax: _____ Correo electrónico: _____