# REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

## PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____ (NOMBRE DEL NIÑO[A]), nacido en _____ (FECHA DE NACIMIENTO), se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar en la _____ (NOMBRE DE LA GUARDERIA INFANTIL/ESCUELA). Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m. a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor, proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

_____ (FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

_____ (FECHA DE HOY)

## PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) *(PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)*

Problems of which you should be aware:

Hearing:

Vision:

Developmental:

Language/Speech:

Allergies: medicine:

insect stings:

food:

asthma:

other:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

**IMMUNIZATION HISTORY:** (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

| VACCINE | DATE EACH DOSE WAS GIVEN | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1st | 2nd | 3rd | 4th | 5th |
| **POLIO (OPV OR IPV)** | / / | / / | / / | / / | / / |
| **DTP/DTaP/ DT/Td** (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY) | / / | / / | / / | / / | / / |
| **MMR** (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) | / / | / / | | | |
| **HIB MENINGITIS** (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B) | / / | / / | / / | / / | |
| **HEPATITIS B** | / / | / / | / / | | |
| **VARICELLA** (CHICKENPOX) | / / | / / | | | |

**SCREENING OF TB RISK FACTORS** (listing on reverse side)

☐ Risk factors not present; TB skin test not required.

☐ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
___ Communicable TB disease not present.

I have ☐ have not ☐ reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practioner

**FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:**

* Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
* Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
* Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
* Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
* Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
* Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
* Vivir con o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
* Tener anormalidades en su RX (rayos x) de torax, las cuales sugieren la presencia de TB.
* Tener evidencia clínica de TB.

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.