



Certificado de examen médico infantil

Nombre del Estudiante			Fecha de nacimiento (M/D/A)	Sexo	Raza/Etnicidad	Escuela/Grado Nivel/ID#
Apellido	Nombre	Segundo Nombre				

Calle	Ciudad	Código Postal	Padres/Tutor	Teléfono (casa/trabajo)
-------	--------	---------------	--------------	-------------------------

HISTORIAL MÉDICO: DEBE SER CUMPLIMENTADO Y FIRMADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA SANITARIA

ALERGIAS (Alimentos, medicamentos, insectos, otros)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista:	MEDICAMENTO (Recetados o tomados regularmente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista:
¿Diagnóstico de asma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Pérdida de función de uno de los órganos pares? (ojo/oído/riñón/testículo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El niño se despierta por la noche tosiendo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Hospitalización?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Defectos congénitos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo? ¿Para qué?		
¿Retraso en el desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cirugía? (Enumere todas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Trastorno sanguíneo? ¿Hemofilia, anemia falciforme, otro? Explique	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo? ¿Para qué?		
¿Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Lesiones o enfermedades graves?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Traumatismo craneal/conmoción cerebral/desmayo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Prueba cutánea de la tuberculosis positiva (pasada/presente)?	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	*En caso de que si, diríjase al departamento de salud local.
¿Convulsiones? ¿Cómo son?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tuberculosis (pasada o presente)?	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	
¿Problemas cardíacos o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Consumo de tabaco (tipo, frecuencia)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Soplo cardíaco/Tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Consumo de alcohol/drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Mareos o dolor torácico con el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Antecedentes familiares de muerte súbita antes de los 50 años (¿Causa?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Problemas de visión? _____	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos Última cita del oculista _____		<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Brackets <input type="checkbox"/> Punte <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Otro		
¿Otras preocupaciones? (Ojos bizcos, párpados caídos, dificultad para leer)			Información adicional		
¿Problemas auditivos?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		La información puede compartirse con el personal adecuado con fines sanitarios y educativos.		
¿Problemas óseos/articulares/lesiones/escoliosis?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Padre/Tutor		
			Firma _____	Fecha: _____	

INMUNIZACIONES: A rellenar por el médico. Se requiere el mes/día/año de cada dosis administrada. Si una vacuna específica está contraindicada por razones médicas, el profesional sanitario responsable de realizar el reconocimiento médico deberá adjuntar una declaración por escrito en la que explique la razón médica de la contraindicación.

REQUIRED Vacuna/Dosis	DOSIS 1			DOSIS 2			DOSIS 3			DOSIS 4			DOSIS 5			DOSIS 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP																		
Tdap; Td o pediátrica DT (Compruebe el tipo específico)	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT
Polio(Compruebe el tipo específico)	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV
Hib Haemophiles Influenza Type B																		
Pneumococcal Conjugate																		
Hepatitis B																		
MMR Sarampión, paperas y rubéola																		
Varicella																		
Meningococcal Conjugate																		
RECOMENDADA, PERO NO OBLIGATORIA Vacuna/dosis																		
Hepatitis A																		
HPV																		
Influenza																		
Otra: Especifique la vacuna administrada/fechas																		

Observaciones: * indica dosis no válida

Vacuna/Dosis El proveedor de atención médica (MD, DO, APN, PA, profesional de salud escolar, funcionario de salud) que verifica el historial de vacunación anterior debe firmar a continuación. Si agrega fechas a la sección anterior del historial de vacunación, escriba sus iniciales junto a la(s) fecha(s) y firme aquí.

Firma _____	Title _____	Fecha _____
-------------	-------------	-------------

Nombre del Estudiante	Fecha de nacimiento (M/D/A)	Sexo	Escuela	Escuela/Grado Nivel/ID#
Apellido _____ Nombre(s) _____				

Los Certificados de Exención Religiosa a las Inmunizaciones o la Declaración Médica de Contraindicación Médica son revisados y mantenidos por la Autoridad Escolar.

PRUEBA ALTERNATIVA DE INMUNIDAD

1. Se permite el diagnóstico clínico (sarampión, paperas, hepatitis B) cuando lo verifique un médico y se apoye con la confirmación del laboratorio. Adjuntar copia del resultado del laboratorio.

*SARAMPION (Rubeola) (M/D/A) _____ **PAPERAS (M/D/A) _____ HEPATITIS B (M/D/A) _____ VARICELLA (M/D/A) _____

Los antecedentes de varicela son aceptables si los verifica un médico, un profesional de la salud de la escuela o un funcionario sanitario. Favor de firmar debajo verifica que la descripción de los antecedentes de varicela por parte de los padres/tutores es indicativa de una infección pasada y acepta dichos antecedentes como documentación de la enfermedad.

Fecha de la enfermedad _____ Firma _____ Título _____

3. Pruebas de laboratorio de inmunidad (marque una) Sarampión Paperas** Rubéola Varicela Adjuntar copia del resultado del laboratorio.

*Todos los casos de sarampión diagnosticados a partir del 1 de julio de 2002 deben confirmarse mediante pruebas de laboratorio. **Todos los casos de paperas diagnosticados a partir del 1 de julio de 2013 deben confirmarse mediante pruebas de laboratorio.

Las declaraciones de inmunidad de los médicos DEBEN presentarse al IDPH para su revisión.

La cumplimentación de las alternativas 1 ó 3 DEBE ir acompañada de los análisis y la firma del médico:

REQUISITOS PARA EL EXAMEN FÍSICO MD/DO/APN/PA debe rellenar toda la sección siguiente

CIRCUNFERENCIA CEFALICA si < 2-3 años _____ ALTURA _____ PESO _____ IMC _____ PORCENTAJE DE IMC _____ B/P _____

DETECCIÓN DE LA DIABETES) imc>85% edad/sexo Sí No Y dos de los siguientes Historia familiar Sí No

Minoría Étnica Sí No **Signos de resistencia a la insulina** (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario poliquístico, acantosis nigricans) Sí No **Riesgo** Sí No

CUESTIONARIO SOBRE EL RIESGO DEL PLOMO: Obligatorio para niños de 6 meses a 6 años matriculados en guarderías, centros preescolares, escuelas infantiles y/o jardines de infancia autorizados o gestionados por escuelas públicas. (Se requiere un análisis de sangre si se reside en Chicago o en un código postal de alto riesgo).

¿Cuestionario administrado? Sí No ¿Análisis de sangre? Sí No **Fecha del Análisis** _____ **Resultado** _____

PRUEBA CUTÁNEA O SANGÜÍNEA DE LA TB: Recomendada sólo para niños de grupos de alto riesgo, incluidos los inmunodeprimidos por infección por VIH u otras afecciones, los que viajan con frecuencia a países de alta incidencia o han nacido en ellos, o los expuestos a adultos de categorías de alto riesgo. Véanse las guías de los CDC. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.

No se necesita prueba: Prueba realizada **Análisis de piel:** Fecha _____ Resultado: Positivo Negativo mm _____

Blood Test: Date Reported _____ Resultado: Positivo Negativo Valor _____

PRUEBAS DE LABORATORIO	Date	Resultados	PROYECCIONES	Fecha	Resultados
Hemoglobina o hematocrito			Evaluación del desarrollo		<input type="checkbox"/> Finalizado <input type="checkbox"/> N/A
Análisis de orina			Evaluación socioemocional		<input type="checkbox"/> Finalizado <input type="checkbox"/> N/A
Anemia Falciforme (si indicado)			Otra:		

REVISIÓN DEL SISTEMA	Normal	Comentarios/seguimiento/necesidades	Normal	Comentarios/seguimiento/necesidades
Piel	<input type="checkbox"/>		Endocrino	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	Resultado de las pruebas:	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	Resultado de las pruebas:	Genito-Urinario	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>		Neurologico	<input type="checkbox"/>
Garganta	<input type="checkbox"/>		Musculoskeletal	<input type="checkbox"/>
Boca/Dental	<input type="checkbox"/>		Columna vertebral	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular/HTN	<input type="checkbox"/>		Estado Nutricional	<input type="checkbox"/>
Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Salud Mental	<input type="checkbox"/>
Prescripción actual de medicación para el asma:			Otro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicación de alivio rápido (e.g., Beta-agonista de acción corta)				
<input type="checkbox"/> Medicamento de Control (e.g., corticoides inhalados)				
NECESIDADES/MODIFICACIONES requeridas en el ambiente escolar			ALIMENTICIO Necesidades/Restricciones	

INSTRUCCIONES ESPECIALES/DISPOSITIVOS (gafas de seguridad, ojo de cristal, protector torácico para arritmia, marcapasos, prótesis, puente dental, dentadura postiza, soporte/copa de atletismo).

SALUD MENTAL/OTROS ¿Hay algo más que la escuela deba saber sobre este alumno? Si desea hablar

sobre la salud de este alumno con la escuela o con el personal de la escuela señalelo: Enfermero Maestro Consejero Director

MEDIDAS DE EMERGENCIA ¿Se ha visto obligado a abandonar el colegio debido a un problema de salud del niño (por ejemplo, convulsiones, asma, picadura de insecto, alergia a los alimentos o a los cacahuetes o problemas cardíacos)?

Sí No En caso afirmativo, descríballo:

Sobre la base del examen de este día, apruebo la participación de este niño en _____ (En caso negativo o modificado, adjunte una explicación.)

EDUCACIÓN FÍSICA Sí No Modificado **DEPORTES INTERCOLEGIALES** Sí No Modificado

Nombre completo _____ MD DO APN PA Firma _____ Fecha _____

Domicilio _____ Teléfono _____