WASHINGTONVILLE CENTRAL SCHOOL DISTRICT

52 West Main Street, Washingtonville, New York 10992
PHONE 845.497.4000 ▫ FAX 845.497.4030 ▫ www.wcsdk12.org

Larry Washington, Ed.D., *Superintendent of Schools*
Sandra A. Clohessy, CPA, *Assistant Superintendent for Business*
Paul Nienstadt, *Assistant Superintendent for Operations and Safety*
Barbara Quinn, *Assistant Superintendent for Curriculum and Instruction*
Stephanie Bryan, *Director for Pupil Personnel Services*
Joseph Catania, *Director of Data Management and Technology*
Lynn Imperato, *Director of Personnel and Staff Development*

EVALUACIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO E HISTORIAL PARA EXAMEN ESCOLAR (Traducido por Google)

La Ley de Educación, Sección 903, y las Regulaciones del Comisionado de Educación requieren exámenes físicos de todos los niños cuando:

- Ingresen al distrito escolar por primera vez
- Están en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9, 11
- Participen en deportes interescolares
- Necesiten papeles de trabajo
- Son referidos a/por el Comité de Educación Especial
- Son considerados necesarios por las autoridades escolares para determinar el programa educativo de un niño

El Distrito Escolar Central de Washingtonville recomienda que todos los exámenes médicos y dentales sean realizados por su médico privado para la privacidad y continuidad de la atención. Sin embargo, en algunos casos, es posible que prefiera que el examen se realice en la escuela. Lea atentamente la información a continuación y hable sobre el proceso y su decisión con su hijo. Luego complete el formulario de autorización y el breve cuestionario de salud. Aunque la mayoría de los padres no asisten a los exámenes, usted tiene derecho a estar presente por acuerdo previa con la enfermera de la escuela. A su hijo se le harán preguntas psicosociales apropiadas para su edad para ayudar a la enfermera practicante a identificar los riesgos para la salud.

Durante el examen, se hace todo lo posible para preservar la dignidad y la privacidad. La mayoría de los consultorios de salud son demasiado pequeños para brindar el nivel de privacidad al que su hijo puede estar acostumbrado en el consultorio de su proveedor privado. El examen incluye una evaluación completa de pies a cabeza de todos los sistemas de órganos principales.

Es posible que los exámenes para estudiantes de secundaria y preparatoria deban INCLUIR mamá/área púbica para niñas, hernia/pene/testículos/área púbica para niños (si se requiere para deportes), junto con un examen de pulso femoral para ambos sexos.

El examen para estudiantes de primaria puede INCLUIR una inspección visual del área pública tanto para niños como para niñas junto con un examen del pulso femoral. Para los hombres, en algunas ocasiones, puede ser necesario un examen testicular para asegurarse de que ambos testículos han descendido.

El examinador tocará a su hijo. Se hace todo lo posible por tener una persona adicional como acompañante durante esta parte del examen.

POR FAVOR, RESPONDA A LAS PREGUNTAS EN LA PÁGINA SIGUIENTE Y FIRME SU CONSENTIMIENTO. NO SE REALIZARÁ UN EXAMEN EN LA ESCUELA SIN SU CONSENTIMIENTO FIRMADO. LOS DEMORAS EN LA DEVOLUCIÓN DEL PERMISO PODRÍAN RESULTAR EN UN RETRASO EN LA AUTORIZACIÓN DE SU HIJO PARA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES, INCLUIDOS LOS DEPORTES.

El Distrito Escolar Central de Washingtonville está comprometido con el crecimiento intelectual, cultural, físico y emocional de nuestros niños en un ambiente seguro y de apoyo.

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A SU ENFERMERA ESCOLAR

Permiso de los padres para un examen escolar

Nombre del estudiante _____

Por favor marque uno:

☐ Mi hijo tuvo una evaluación de salud realizada por el Dr. _____ el _____. Le proporcionaré al Distrito el formulario de Evaluación de Salud completado por el médico.

☐ Mi hijo tiene una cita para un examen de salud realizado por el Dr. _____ el _____. Le proporcionaré al Distrito el formulario de Evaluación de Salud completado por el médico.

☐ Doy permiso para que mi hijo(a) sea entrevistado y examinado por la enfermera practicante de la escuela programada a conveniencia de la escuela. Doy fe de que he leído la información adjunta sobre evaluaciones de salud y he informado a mi hijo de mi decisión.

¿SU HIJO/A		
SALUD GENERAL	NO	SÍ
alguna vez tuvo una indicación de un proveedor de atención médica que le restringió la práctica de deportes por algún motivo?	☐	☐
alguna vez tuvo que realizarse una cirugía?	☐	☐
alguna vez pasó la noche en un hospital?	☐	☐
recibió un diagnóstico de mononucleosis en el último mes?	☐	☐
tiene solo un riñón que funciona?	☐	☐
tiene un trastorno hemorrágico?	☐	☐
tiene problemas de audición o sordera congénita?	☐	☐
tiene problemas de visión o solo tiene visión en un ojo?	☐	☐
tiene una afección médica crónica?	☐	☐
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Convulsiones ☐ Enfermedad o portador del rasgo de células falciformes ☐ Otro:		
es alérgico?	☐	☐
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan ☐ Alimentos ☐ Picaduras de insectos ☐ Látex ☐ Medicamentos ☐ Polen ☐ Otro:		
alguna vez tuvo una reacción anafiláctica?	☐	☐
tiene un autoinyector de epinefrina?	☐	☐

¿SU HIJO/A		
HISTORIAL DE LESIÓN CEREBRAL/TRAUMATISMO DE CRÁNEO	NO	SÍ
alguna vez tuvo un golpe en la cabeza que le causó dolores de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le indicaron que tenía una conmoción cerebral?	☐	☐
recibe tratamiento por un trastorno convulsivo o epilepsia?	☐	☐
alguna vez tuvo dolores de cabeza cuando realiza ejercicio?	☐	☐
alguna vez tuvo migrañas?	☐	☐
RESPIRACIÓN	NO	SÍ
alguna vez se quejó de cansarse en extremo o de que le faltara el aire al hacer ejercicio?	☐	☐
usa o tiene un inhalador o un nebulizador?	☐	☐
tiene respiración sibilante o tose con frecuencia cuando hace ejercicio después de hacerlo?	☐	☐
alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene asma o asma inducida por el ejercicio?	☐	☐
DISPOSITIVOS/ADAPTACIONES	NO	SÍ
usa un protector, una órtesis u otro dispositivo?	☐	☐
tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)?	☐	☐
usa protectores para la vista, como antiparras o una máscara facial?	☐	☐
usa un audífono o tiene un implante coclear?	☐	☐
Informe al entrenador/enfermero escolar si usa algún dispositivo. No es necesario en el caso de lentes de contacto o anteojos.		

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	

¿SU HIJO/A		
SALUD DIGESTIVA (GI)	**NO**	**SÍ**
tiene problemas estomacales o gastrointestinales de otro tipo?	☐	☐
alguna vez tuvo un trastorno alimentario?	☐	☐
necesita una dieta especial o tiene que evitar determinados alimentos?	☐	☐
¿Hay alguna inquietud acerca del peso de su hijo/a?	☐	☐
HISTORIAL DE LESIONES	**NO**	**SÍ**
alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas o ha tenido cosquilleos, adormecimiento o debilidad después de recibir un golpe o caerse?	☐	☐
alguna vez tuvo una lesión, dolor o inflamación de una articulación que hizo que tuviera que faltar a las prácticas o a un partido?	☐	☐
tiene un hueso, músculo o articulación que le cause molestias?	☐	☐
tiene articulaciones que duelen, se inflaman, se sienten calientes o se enrojecen con el uso?	☐	☐
alguna vez recibió un diagnóstico de fractura por sobrecarga?	☐	☐
SALUD DEL CORAZÓN	**NO**	**SÍ**
alguna vez se quejó de:		
alguna vez se realizó una prueba cardíaca (por ej., ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo) con un proveedor de atención médica?	☐	☐
Vértigo, mareos, durante o después de hacer ejercicio?	☐	☐
Dolor, opresión o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	☐	☐
Aleteos en el pecho, palpitaciones, corazón acelerado?	☐	☐

¿SU HIJO/A		
alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene o tenía un problema cardíaco o en los vasos sanguíneos?	☐	☐
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
☐ Opresión o dolor en el pecho ☐ Infección cardíaca ☐ Presión arterial alta ☐ Soplo cardíaco ☐ Colesterol alto ☐ Presión arterial baja ☐ Ritmo cardíaco lento o rápido reciente ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ tiene implantado un desfibrilador cardíaco (ICD, por sus siglas en inglés)? ☐ tiene un marcapasos? ☐ Otro:		
SOLO PARA SEXO FEMENINO	**NO**	**SÍ**
tiene períodos regulares?	☐	☐
SOLO PARA SEXO MASCULINO	**NO**	**SÍ**
tiene un solo testículo?	☐	☐
tiene dolor en la ingle, un bulto o una hernia?	☐	☐
SALUD DE LA PIEL	**NO**	**SÍ**
en este momento tiene algún sarpullido, llagas por presión u otros problemas de piel?	☐	☐
alguna vez tuvo herpes o una infección de piel con Estafilococo Aureus resistente a la Meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés)?	☐	☐
INFORMACIÓN SOBRE EL COVID-19		
¿Su hijo/a alguna vez ha tenido un resultado positivo de COVID-19?	☐	☐
En caso **NEGATIVO, DETÉNGASE.** Pase al Historial familiar de salud del corazón. En caso **AFIRMATIVO,** responda las siguientes preguntas:		
Fecha de la prueba de COVID positiva:		
¿Su hijo/a tuvo síntomas?	☐	☐
¿Su hijo/a vio a un proveedor de atención médica por los síntomas de COVID-19?	☐	☐
¿Su hijo/a tuvo que ser hospitalizado/a por COVID?	☐	☐
¿Le diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico a su hijo/a?	☐	☐

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD DEL CORAZÓN	
Un familiar tuvo/tiene alguna de las siguientes afecciones: Marque todas las opciones que correspondan: ☐ corazón agrandado/cardiomiopatía hipertrófica/cardiomiopatía dilatada ☐ cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica ☐ problemas del ritmo cardíaco, intervalo QT corto o largo	☐ síndrome de Brugada ☐ taquicardia ventricular catecolaminérgica ☐ síndrome de Marfan (ruptura aórtica) ☐ ataque cardíaco a los 50 años o antes ☐ marcapasos o desfibrilador cardíaco implantado (ICD, por sus siglas en inglés)
Un historial familiar de: ☐ anormalidades cardíacas conocidas o muerte súbita antes de los 50 años ☐ anormalidad estructural cardíaca, reparada o no reparada ☐ desmayos inexplicados, convulsiones, ahogamiento, estar a punto de ahogarse o accidentes de tránsito antes de los 50 años	

En caso de respuesta **NEGATIVA** a ***todas*** las preguntas, **DETÉNGASE**. Firme y escriba la fecha a continuación.
PASE a la página 3 en caso de respuesta **AFIRMATIVA** a alguna pregunta.

Padre, madre/ Tutor Firma:	Fecha:

En caso de respuesta **AFIRMATIVA** a alguna de las preguntas, proporcione detalles. Firme y escriba la fecha a continuación.

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	

En caso de respuesta **AFIRMATIVA** a alguna de las preguntas, proporcione detalles. Firme y escriba la fecha a continuación.

Padre, madre/ Tutor Firma:	Fecha: