

MAMARONECK UNION FREE

SCHOOL DISTRICT

Mamaroneck, NY 10543

Pre - Kindergarten

Estimados padres/tutores de Estudiantes de Pre-Kindergarten:

Por favor completen los siguientes formularios en el paquete adjunto:

1. **Certificado de examen físico:** para ser completado por un **médico/profesional del Estado de Nueva York** después de tener un examen físico.

Por ley, todos los estudiantes nuevos y aquéllos que ingresan a los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo deben tener un examen físico del Estado de Nueva York. Los formularios completos firmados, sellados y fechados en los últimos 12 meses son aceptables.

2. **Formulario de administración de vacunación:** para ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).

3. **Formulario de detección de tuberculina:** debe ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).

4. **Formulario del índice de masa corporal (IMC):** (forma no incluida en el paquete)

La enfermera escolar debe enviar un informe de IMC y categoría de estado de peso a los estudiantes que necesiten exámenes físicos. Si eligen NO querer que los datos anónimos de su hijo(a) sean informados al Estado, visiten nuestro sitio web e impriman el Formulario de rechazo del IMC, firmenlo y devuélvanlo a su Enfermera escolar lo antes posible.

5. **Formulario de información del historial de salud del niño(a):** para ser completado por el padre/tutor.

La información en este formulario ayuda a determinar el estado de salud actual de su hijo(a). Este formulario debe completarse anualmente.

6. **Certificado de examen dental:** para ser completado por el dentista de su hijo(a).

El Estado de Nueva York exige que las escuelas públicas soliciten un certificado de salud dental para los estudiantes al momento de ingresar a la escuela y en los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo.

7. **Hoja de permiso de medicamentos:** debe ser completada y firmada por el médico/profesional de su hijo(a) y firmada por un padre/tutor, sólo si su hijo(a) tomará algún medicamento mientras esté en la escuela durante el día escolar.

Este formulario NO está incluido en su paquete. Si es necesario, elijan uno en la Oficina de Salud o imprímanlo desde el sitio web de la escuela.

Ningún estudiante puede traer o tomar ningún medicamento en la escuela (incluyendo los inhaladores) sin una **Hoja de autorización de medicamentos** completa, así como un recipiente con la etiqueta de la farmacia para el medicamento. Esto incluye TODOS los medicamentos como Tylenol, Motrin, etc. Todos los medicamentos se guardan bajo llave en la enfermería.

Si su hijo(a) tiene asma, se recomienda tener un inhalador adicional en la enfermería.

8. **Notificación sobre detección de plomo:** debe ser completada por el médico/profesional de su hijo(a). Por favor repase la información adjunta sobre detección de plomo.

Pueden subir sus documentos de salud a Operoo o traerlos directamente a la escuela de su hijo(a). Asegúrense de guardar una copia para ustedes.

POR FAVOR NO ENVÍEN FORMULARIOS POR CORREO DURANTE LOS MESES DE VERANO. LOS ESTUDIANTES NUEVOS NO

PUEDEN COMENZAR LA ESCUELA SIN HABER SIDO AUTORIZADOS MÉDICAMENTE POR LA ENFERMERA ESCOLAR.

Si tienen alguna pregunta, por favor llamen o pasen por la Oficina de Salud. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Escuela Central – 914-220-3410
Escuela Chatsworth – 914-220-3510
Escuela Mam'k – 914-220-3610
Escuela Mam'k – 914-220-3618
Escuela Murray – 914-220-3710

TODOS LOS FORMULARIOS ESTÁN
DISPONIBLES EN LÍNEA EN HYPERLINK
"HTTP://WWW.MAMKSCHOOLS.ORG"
WWW.MAMKSCHOOLS.ORG - COMUNIDAD- SERVICIOS DE
SALUD- RECURSOS- REGISTRO, PAQUETE DE SALUD

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m²

Percentile (Weight Status Category): < 5th 5th- 49th 50th- 84th 85th- 94th 95th- 98th 99th and >

Hyperlipidemia: Yes Not Done **Hypertension:** Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits

Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
<input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:					
<input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
<input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
<input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
<input type="checkbox"/> Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam			<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
HEALTHCARE PROVIDER					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.					

**MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
VACCINATION ADMINISTRATION RECORD**

Please return this report to your **School Nurse** as soon as your child's vaccinations have been given and/or updated. Failure to provide acceptable evidence of immunizations within fourteen days of entry may lead to exclusion from school. This period may be extended up to thirty days for those transferring from out of state or abroad. Vaccines must follow the Advisory Committee for Immunization (ACIP) guidelines.

This form should be completed and/or updated annually. Please see the list of immunization requirements below:

NAME: _____ **DATE:** _____

DOB: _____ **GRADE:** _____ **TEACHER/COUNSELOR** _____

School: CEN CHAT MAS MUR HMX HS Other: _____

Immunization Requirements:

As required by NY State Dept. of Education, Health Care Provider verification of the following is needed for school attendance:

- **DTaP : three - five (3-5) doses** of diphtheria and tetanus toxoid-containing vaccine and acellular pertussis vaccine
- **Tdap : one (1)dose** - students 11 years of age or older entering grade 6 through 12 are required to have one dose of Tdap
- **IPV : three – four (3-4) doses** of polio vaccine
- **MMR : two (2) doses** of live measles, mumps and rubella vaccine (K-12)
- **Hepatitis B: three (3) doses** of Hepatitis B vaccine at intervals recommended by the ACIP
- **VARICELLA:** – **two (2) doses** of Varicella (chicken Pox) entering kindergarten through Grade12
- **MENINGOCOCCAL: one (1) dose** entering Grade 7 through 11, **one-two (1-2) doses** at age 16 and entering Grade 12

In addition, for pre-kindergartners:

- **Hib** Haemophilus influenzae type b vaccine: 1-4 doses
- **PCV** Pneumococcal conjugate (**PCV**) 1-4 doses (age appropriate)
- **MMR & Varicella** : one (1)dose

**VACCINATION ADMINISTRATION RECORD
TO BE COMPLETED & SIGNED BY THE HEALTH CARE PROVIDER**

<u>VACCINE</u>	<u>DATE GIVEN:</u>
DTaP 1 _____	DtaP 3 _____
DTaP 2 _____	DtaP 4 _____
DTAP 5 _____	OR...
DT 1 _____	OR Td 1 _____
DT 2 _____	OR Td 2 _____
DT 3 _____	OR Td 3 _____
Tdap _____	
IPV 1 _____	IPV 3 _____
IPV 2 _____	IPV 4 _____
VARICELLA 1 _____	
VARICELLA 2 _____	
MMR 1 _____	
MMR 2 _____	
TST (LAST) MANTOUX _____	RESULT _____ ❖
BCG _____	

<u>VACCINE</u>	<u>DATE GIVEN:</u>
HEP B 1 _____	
HEP B 2 _____	
HEP B 3 _____	
OR (Adult formulation 2 dose series, ages 11 – 15 yrs)	
HEP B 1 (1.0 ML) _____	
HEP B 2 (1.0 ML) _____	
HIB 1 _____	
HIB 2 _____	
HIB 3 _____	
HIB 4 _____	
PNEUMOCOCCAL VACCINE	
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	
MENINGOCOCCAL VACCINE _____	
MENINGOCOCCAL VACCINE _____	
HEP A 1 _____	HEP A 2 _____
HUMAN PAPILOMAVIRUS VACCINE (HPV)	
1 _____ 2 _____ 3 _____	
COVID _____	
Other _____	

❖ If Positive TST, Chest x-ray needed:
Date of CXR: _____ Results: _____

OFFICE STAMP NECESSARY HERE ↓

Healthcare Provider
NAME (Print) _____
ADDRESS: _____
CITY/STATE/ZIP: _____

SIGNATURE: _____
TELEPHONE #: _____
DATE: _____

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

HEALTH OFFICE

Tuberculosis Screening/Clearance

Student's Name _____

Mamaroneck Schools require TB risk assessment for all incoming new students.

Students with **NORISK FACTORS** do not require further testing.

_____ This student has no TB risk factors

MD SIGNATURE HERE _____

DATE _____ STAMP _____

Students with Risk Factors require TB testing:

_____ History of TB exposure

_____ Immigration from high incidence countries (Asia, Africa, Eastern Europe, Central & South America)

_____ Lodging with local residents, families in high incidence countries during travel

_____ Household contact with family members from high incidence countries

_____ Exposure to HIV infected, homeless, drug using or incarcerated individuals

_____ **TUBERCULIN SKIN TEST (TST)**

Date Placed _____ Date Read _____

mm of Induration _____

_____ Chest X-ray results

MD SIGNATURE HERE _____

DATE _____ STAMP _____

Please see over for helpful information

These countries have LOW RATES OF TB. (2014 WHO)

Australia, Austria, Bahamas, Belgium, Canada, Costa Rica, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Jordan, Luxembourg, Malta, Netherlands, New Zealand, Norway, Puerto Rico, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United States of America. West Bank and Gaza Strip.

All other countries not listed have high rates of TB exposure (and require testing)

If Tuberculin Test or IGRA is positive, now or previously, the following are required:

1. **Date of Positive TST or IGRA** **Date:** ____/____/____

2. **Chest X-ray: (Please attach copy of report)** **Date:** ____/____/____

____ **Normal**

____ **Abnormal** _____
(Describe)

3. **Clinical Evaluation:**

____ **Normal**

____ **Abnormal** _____
(Describe)

4. **Treatment:**

____ **No** _____
(Please explain)

____ **Yes** _____
(Drug, Dose, Frequency, Dates)

Additional review of history, if indicated:

- BCG Vaccine _____ date
- Previous POS TST _____ date
- Previous treatment _____ date

Any other comments _____

Thank you.

Distrito Escolar de Mamaroneck
INFORMACIÓN DE HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

(A ser llenado por el padre o tutor al principio de cada año escolar)

El aprendizaje de su estudiante depende de tener buena salud. Para ayudarnos a proveer servicios de salud en la escuela, por favor llene el siguiente formulario. La información es confidencial y puede ser compartida con los maestros conforme sea necesario. **Regrese este formulario a la enfermera escolar lo más pronto posible.**
Gracias.

Nombre del estudiante: (Por favor use letra de molde) _____

Fecha de nacimiento: _____ **Hombre** **Mujer**

Grado: _____ **Maestro(a)/Consejero(a):** _____

Escuela: Central Chatsworth Mamaroneck Avenue Murray
 Hommocks High School Otra

Nombre del (de los) Padre(s)/Tutor(es) con quien reside: _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) _____; Hombre Mujer; Fecha de nacimiento _____; relación _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) _____; Hombre Mujer; Fecha de nacimiento _____; relación _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) _____; Hombre Mujer; Fecha de nacimiento _____; relación _____

Nombre del doctor: _____ Fecha de la última visita: _____

Nombre del dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

¿El estudiante va con un ortodoncista? No Sí **Nombre del doctor** _____

Nacimiento: ¿Alguna complicación o problema durante el embarazo y/o parto? No Sí

Por favor describa: _____

¿Embarazo llegó a término? No Sí Si no, ¿qué tan prematuro(a) fue el bebé? _____ (semanas).

Peso al nacer: _____ libras _____ onzas

El estudiante ha tenido:	SÍ	Fecha:	SÍ	Fecha:	
Varicela	<input type="checkbox"/>	_____	Meningitis	<input type="checkbox"/>	_____
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/>	_____	Prueba positiva de TB	<input type="checkbox"/>	_____
Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/>	_____	Neumonía	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	_____

¿Alguna complicación de las enfermedades anteriores? (por favor explique) _____

¿El estudiante tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

- ¿Alergias? Sí No ¿A medicina, comida, insectos, polen?
Por favor enumere: _____
¿La alergia ha requerido acción de emergencia en el pasado? No Sí
¿Qué le pasa al estudiante? _____
- ¿Asma? Sí No Provocada por: _____ Tratamiento: _____
¿Diagnosticada por un doctor? _____ Fecha: _____
Usa: inhalador nebulizador otra medicina
Tomada: solo en casa puede necesitar medicina en la escuela

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

Mamaroneck, NY 10543

CERTIFICADO DEL DENTISTA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

.....

A SER COMPLETADO POR EL DENTISTA:

Fecha del último examen: _____

Marque el trabajo que fue completado en el último examen:

Inspección Limpieza Reparación Ningún tratamiento

Por favor provea cualquier información acerca de la salud dental del niño(a) que la enfermera escolar debería saber:

Nombre del dentista (por favor use letra de molde): _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sello de la oficina del dentista (requerido):

Distrito Escolar de Mamaroneck

NOTIFICACIÓN SOBRE EL EXAMEN DE PLOMO

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

La ley de Salud Pública del Estado de Nueva York #67-1.4 sobre exámenes de plomo dice que:

- Antes de o dentro de los tres meses de la inscripción inicial, cada guardería, jardín de niños y preescolar público y privado, certificado o aprobado por cualquier agencia estatal o local debe obtener una declaración escrita firmada por un proveedor de cuidado de la salud que documente un examen de plomo para cualquier niño(a) de cuando menos un año pero de menos de seis años de edad, y retener dicha documentación hasta un año después de que el niño(a) ya no esté inscrito.
- Cuando no existe documentación de un examen de plomo, el niño(a) no puede ser excluido de asistir al jardín de niños, preescolar o guardería; sin embargo, el proveedor de cuidado del niño(a), director, dueño o persona a cargo del jardín de niños o preescolar deberá proveer al padre o tutor del niño(a) información sobre envenenamiento por plomo y la prevención del envenenamiento por plomo y referir al padre o tutor al proveedor primario de servicios de cuidado de salud del niño(a) o, si el proveedor primario de servicios no está disponible o el niño(a) no tiene un proveedor primario de cuidado de servicios de salud, a otro proveedor primario de cuidado o a la unidad de salud local para obtener un examen de sangre de plomo.

El registro cumulativo de salud del niño(a) debe indicar ya sea la fecha en que se hizo el examen de plomo o que se proveyó la información sobre la referencia respecto al envenenamiento por plomo.

La Oficina de Salud todavía no ha recibido los resultados del EXAMEN DE PLOMO de su hijo(a). Este registro debe ser recibido para cumplir con las regulaciones del Estado de Nueva York.

Por favor mande esta información tan pronto sea posible. Gracias por su cooperación.

Por favor pida al doctor/practicante de su hijo(a) que complete la sección a continuación y regrese esta carta a la enfermera de la escuela.

Nivel de plomo: _____ Fecha del examen: _____

Firma del doctor/practicante: _____

Nombre impreso del doctor/practicante: _____

Dirección: _____

Qué significa el análisis de detección de plomo en la sangre de su hijo

El análisis de detección de plomo en la sangre indica cuánto plomo hay en la sangre de su hijo. El plomo puede dañar el crecimiento, el comportamiento y la capacidad de aprendizaje de un niño. Cuanto más bajo es el resultado del análisis, mejor.

La mayoría de los casos de intoxicación por plomo se produce cuando los niños lamen, tragan o inhalan polvo de pintura vieja con plomo. La mayoría de las casas construidas antes de 1978 tiene pintura vieja con plomo, por lo general debajo de la pintura más nueva. Si la pintura se descascara, se agrieta o se desgasta, los trocitos y el polvo de la pintura vieja con plomo pueden extenderse por los pisos, por los marcos de las ventanas y por toda la casa. El polvo de la pintura con plomo puede alcanzar las manos y los juguetes de los niños, y entrarles en la boca.

La mayoría de los niños tiene algún contacto con el plomo mediante la pintura vieja, la tierra, las cañerías u otras fuentes. Por este motivo, el estado de Nueva York les exige a los médicos que les hagan análisis de detección de plomo en la sangre a todos los niños a la edad de 1 año y, luego, a los 2 años. En el caso de los niños de hasta seis años, el médico o el enfermero debe preguntarles a los padres en cada consulta pediátrica preventiva sobre las formas en que su hijo puede haber tenido contacto con el plomo. Los niños que hayan tenido contacto con el plomo deben hacerse análisis.

Si el resultado del análisis con sangre extraída de la yema del dedo es de 5 µg/dl o más, debe hacerse un segundo análisis con sangre extraída de una vena (por lo general del brazo). Si el segundo resultado sigue siendo de 5 µg/dl o más, siga los pasos que se describen abajo.

Resultado del análisis en microgramos por decilitro (µg/dl)	Pasos a seguir
0-4	<ul style="list-style-type: none">• Hay muy poco plomo en la sangre de su hijo.• El resultado promedio del análisis de detección de plomo en la sangre para niños pequeños es de alrededor de 1.4 microgramos por decilitro (µg/dl).
5-14	<ul style="list-style-type: none">• El nivel de plomo en la sangre de su hijo es alto. Un resultado de 5 µg/dl o más requiere tomar medidas.• El médico o el enfermero hablará con usted sobre la alimentación, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, y sobre las posibles fuentes de plomo.• El Departamento de Salud local hablará con usted sobre cómo proteger a su hijo y visitará su casa para ayudarlo a encontrar las fuentes de plomo.• Su hijo debe volver a hacerse análisis dentro de 1 a 3 meses.
15-44	<ul style="list-style-type: none">• El nivel de plomo en la sangre de su hijo es bastante alto. Usted y el médico deben tomar medidas rápidamente.• El médico o el enfermero hablará con usted sobre la alimentación, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, y sobre las posibles fuentes de plomo.• El Departamento de Salud local hablará con usted sobre cómo proteger a su hijo y visitará su casa para ayudarlo a encontrar las fuentes de plomo.• Su hijo debe volver a hacerse análisis dentro de 1 mes o antes según el nivel de plomo en la sangre y la recomendación del médico.
45 o más	<ul style="list-style-type: none">• Su hijo debe recibir tratamiento médico de inmediato.• El médico o el Departamento de Salud local lo llamarán en cuanto tengan los resultados del análisis.• Es posible que su hijo deba permanecer en el hospital, en especial si hay plomo en su casa.• El Departamento de Salud local visitará su casa para ayudarlo a encontrar las fuentes de plomo.• Su hijo no podrá volver a su casa hasta que se hayan eliminado o arreglado las fuentes de plomo.• Es necesario que su hijo vuelva a hacerse análisis después del tratamiento.

Nombre del niño: _____ Resultado del análisis: _____ µg/dl Fecha: _____

Si el resultado del análisis no está escrito aquí, pídaselo al médico o al enfermero, anótelo y guárdelo en sus registros.

Para cualquier resultado de análisis, siga los consejos que figuran del otro lado de la hoja para evitar que aumente el nivel de plomo en la sangre de su hijo.

Cómo proteger a su hijo de la intoxicación por plomo

Arregle la pintura con plomo que esté descascarándose y haga reparaciones en la casa de forma segura.



- Mantenga a los niños alejados de la pintura que esté descascarándose o astillándose.
- Antes de hacer reparaciones en una casa construida antes de 1978, llame al Departamento de Salud local para obtener información sobre cómo trabajar de forma segura y mantener niveles bajos de polvo.
- Los niños y las embarazadas deben mantenerse alejados de las reparaciones que rompan la pintura, como cuando se la lija y se la raspa. Deben mantenerse alejados hasta que la zona se haya limpiado con métodos de limpieza en húmedo y una aspiradora con filtro HEPA (filtro de partículas de aire altamente eficaz), no con un barrido en seco.

Elimine el polvo de las manos, los juguetes, las botellas, las ventanas y los pisos.



- Lave las manos y la cara de su hijo después de que juegue, antes de las comidas y antes de que se acueste.
- Lave con agua y jabón los juguetes, los animales de peluche, los chupones/chupetes y los biberones de manera frecuente.
- Trapee los pisos con frecuencia y use toallas de papel húmedas para limpiar los pozos y los marcos de las ventanas.

Tenga cuidado de no llevar a la casa ropa, juguetes ni joyas con plomo.



- El plomo está presente en algunas joyas para niños, juguetes, llaves y muebles viejos. Inscríbese para recibir alertas sobre retiradas de productos del mercado en www.cpsc.gov/cpsclist.aspx.
- Algunos trabajos y pasatiempos pueden requerir contacto con el plomo. Por ejemplo: la pintura, la plomería, la construcción, la reparación de autos, el trabajo con armas de fuego, el trabajo con vitrales y la cerámica. Para reducir el polvo del plomo, cámbiese la ropa del trabajo antes de ir a su casa; quítese los zapatos en la puerta; lave por separado la ropa del trabajo o la que usa para sus pasatiempos; y lávese la cara, las manos y la piel descubierta antes de ir a su casa.

Mantenga el plomo alejado de su comida y del agua del grifo.



- Deje correr el agua durante un minuto antes de usarla si no ha corrido durante algunas horas. El agua municipal y el agua de pozo podrían tener plomo debido a las cañerías antiguas.
- Solo use agua fría del grifo para beber, cocinar y preparar la leche de fórmula para bebés. Hervir el agua no elimina el plomo.
- No sirva ni almacene comida en peltre, cristal o cerámica agrietada.
- Llame a su departamento de salud, o visite el sitio web que se indica abajo, para conocer en qué platos, especias, caramelos, cosméticos y remedios para la salud se ha encontrado plomo.

Sirva comidas que tengan calcio, hierro y vitamina C.



- Estas comidas ayudan a evitar que el plomo se almacene en el cuerpo de su hijo.
- Comidas con calcio: leche, queso, yogur, tofu y vegetales verdes.
- Comidas con hierro: frijoles, carne magra, cereal fortificado y mantequilla de maní.
- Comidas con vitamina C: naranja, pomelo/toronja, tomate y pimiento verde.

Obtenga más información sobre el plomo.

www.health.ny.gov/lead

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo.

Llame a su Departamento de Salud local. Búsquelo en www.health.ny.gov/environmental/lead/exposure/childhood/program_contact_map.htm.



Para: Familias de MUFSD

Por favor tome nota que **todos los formularios de salud** se pueden encontrar en la página web del distrito.

Para exámenes físicos:

- www.mamkschools.org – Haga clic en:
- Herramientas
- Padre
- Escuela – Formas (Información sobre inmunización y salud)
- Formas de salud individual
 - Certificado de examen físico
 - Formulario de administración de la vacunación
 - Certificado dental
 - Forma TB (tuberculosis)

Para formularios de orden de medicamentos y planes de acción:

- www.mamkschools.org – Haga clic en:
- Herramientas
- Padre
- Escuela – Formas (Información sobre inmunización y salud)
- Información de salud para padres
 - Formulario de permiso de medicamentos
 - Plan de acción de emergencia para alergia, asma y convulsión

Atentamente,

Enfermeras del Distrito de Mamaroneck