

# MAMARONECK UNION FREE

## SCHOOL DISTRICT

Mamaroneck, NY 10543

Estudiante nuevo

Estimados padres/tutores de estudiantes nuevos:

**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 imprimarlo 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.

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,

Vicky Ruggiero RN – Central School – 914-220-3410  
Karen Torre RN – Chatsworth School – 914-220-3510  
Madeline Lukas RN – Mam'k Ave School – 914-220-3610  
Dora Espinoza RN – Mam'k Ave School – 914-220-3618  
Tara Stempel RN – Murray School – 914-220-3710  
Jacqueline Sheppard RN – Hommocks School – 914-220-3310  
Erin Irwin RN – Hommocks School – 914-220-3318  
Maureen Crean RN – MHS – 914-220-3112  
Dina Murphy RN – MHS – 914-220-3111

TODOS LOS FORMULARIOS ESTÁN DISPONIBLES EN  
LÍNEA EN **HYPERLINK**

"[HTTP://WWW.MAMKSCHOOLS.ORG](http://www.mamkschools.org)"  
[WWW.MAMKSCHOOLS.ORG](http://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/m<sup>2</sup>

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

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

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

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

Additional Information Attached

\*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

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

**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 _____	<b>OR...</b>
DT 1 _____	<b>OR</b> Td 1 _____
DT 2 _____	<b>OR</b> Td 2 _____
DT 3 _____	<b>OR</b> 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 _____	
<b>OR</b> (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

<b>El estudiante ha tenido:</b>	<b>SÍ</b>	<b>Fecha:</b>	<b>SÍ</b>	<b>Fecha:</b>	
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

- Déficit de Atención                    Sí                     ¿El estudiante toma medicina actualmente? No  Sí   
Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Dosis (mg): \_\_\_\_\_  
¿Qué tan seguido la toma? \_\_\_\_\_
- Alergia a piquete de abeja           Sí                     Describa la reacción: \_\_\_\_\_  
Dificultad para respirar    No  Sí   
¿Necesita medicina de emergencia?    No  Sí
- ¿Problemas de articulaciones,    Sí                     Describa: \_\_\_\_\_  
huesos, o huesos rotos?                    ¿Alguna restricción física? \_\_\_\_\_
- Diabetes                                    Sí                     ¿Requiere insulina? No  Sí  Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- ¿Mareos, pérdida de conciencia, desmayos o pérdida de memoria?    Sí
- Condición del corazón,                Sí                     Describa: \_\_\_\_\_  
murmuro o latido irregular?                    ¿Alguna restricción física? No  Sí   
¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Medicina? No  Sí
- ¿Historia de niveles altos de plomo en la sangre?    Sí                     ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el nivel? \_\_\_\_\_
- ¿Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano?    Sí  \_\_\_\_\_
- ¿Herida previa en la cabeza?    Sí     Edad: \_\_\_\_\_    Describa: \_\_\_\_\_
- ¿Convulsiones?                            Sí                     Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_  
Fecha de última convulsión: \_\_\_\_\_ Medicina: \_\_\_\_\_  
¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado de un doctor para convulsiones?    No  Sí

¿El estudiante ha tenido alguna otra enfermedad? \_\_\_\_\_

¿El estudiante toma alguna otra medicina diario en casa? No  Sí     ¿En la escuela? No  Sí   
Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Razón para tomarla: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha tenido alguna condición que requirió tratamiento de emergencia u hospitalización? No  Sí   
Si sí, ¿para qué?                            Edad    ¿Cuánto tiempo en el hospital?                    ¿Cirugías?  
\_\_\_\_\_

**Marque las siguientes categorías/preocupaciones de salud que conciernen al estudiante:**

- <> Ojos:  usa lentes                     usa lentes de contacto:                     para leer                     para distancia                     todo el tiempo
- <> Oídos:  infecciones frecuentes  tubos de oído presentes                    Fecha: \_\_\_\_\_  
usa aparato auditivo;  oído derecho  oído izquierdo  dificultad para escuchar-explique: \_\_\_\_\_
- <> Otros:                     sangrado de nariz                     requiere pañal                     dificultad para dormir                     come muy poco  
 dolores de cabeza/migrañas  requiere cateterización  problemas dentales  come demasiado  
 intestino                     vejiga                     moja la cama                     menstruación                     fobias

¿El estudiante tiene algún problema médico, físico, de aprendizaje o emocional acerca del cual la escuela deba saber?  
(discapacidades; padres recién separados; etc.) \_\_\_\_\_

¿Su estudiante ha sido evaluado por alguno de los siguientes expertos? (en los últimos 12 meses):

- audiólogo                     terapeuta ocupacional                     psicólogo                     terapeuta de habla/lenguaje
- neurólogo                     terapeuta físico                     psiquiatra                     otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra preocupación sobre la salud del estudiante? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# 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):



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](http://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](http://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