

**ESTADO DE ILLINOIS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO(A)**

Por favor escriba en letra de molde

<b>Nombre del Estudiante</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Sexo</b>	<b>Escuela</b>		<b>Grado / Núm. de Identificación</b>						
Apellido	Nombre	Inicial	Mes/Día/ Año											
<b>Dirección</b>			<b>Padres / Tutor</b>		<b>Núm. de Teléfono de Casa</b>		<b>Trabajo</b>							
Calle	Ciudad	Zona Postal												
<b>VACUNAS:</b> Para ser completado por el proveedor de cuidado d salud. Indique el mes/día/año para <i>cada</i> dosis administrada. El día y el mes se requiere si usted no puede determinar si la vacuna se administró <i>después</i> del intervalo mínimo o edad. <b>Si una vacuna específica está médicamente contraindicada, una declaración aparte por escrito se debe adjuntar explicando la razón médica por esta contraindicación.</b>														
<b>VACUNAS / DOSIS</b>			1 MES DÍA AÑO		2 MES DÍA AÑO		3 MES DÍA AÑO		4 MES DÍA AÑO		5 MES DÍA AÑO		6 MES DÍA AÑO	
Difteria, Tétano y Pertusis (DTP o DTaP)														
Difteria y Tétano (DT o Td Pediátrica)														
Polio Inactivo (IPV)														
Polio Oral (OPV)														
Haemófilo influenza tipo b (Hib)														
Hepatitis B (HB)														
Varicela (Chickenpox)									Comentarios:					
Combinado Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)														
Sarampión (Rubéola)														
Rubéola (sarampión de 3-días)														
Paperas														
Neumocócico (no se requiere para ingresar a la escuela Marque tipo específico (PCV7, PPV23) Fecha			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23	
Otro (Especifique: Hepatitis A, meningococcal),														
<b>Proveedor de Cuidado de Salud (MD, APN, PA, profesional de salud escolar, oficial de salud) que verifica el historial de vacunas arriba tiene que firmar a continuación.</b>														
Firma			Título				Fecha							
Firma			Título				Fecha							
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)														
Firma			Título				Fecha							
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)														

<b>COMPROBANTE ALTERNATIVO DE INMUNIDAD</b>													
<b>1. El diagnóstico clínico se acepta si es verificado por un médico</b> * (Todos los casos de <u>sarampión</u> diagnosticados en o después del 1ero de julio de 2002, se deben comprobar por medio de evidencia de laboratorio.)													
<b>*SARAMPIÓN (Rubéola)</b> MES DÍA AÑO <b>PAPERAS</b> MES DÍA AÑO <b>VARICELA</b> MES DÍA AÑO <b>Firma del Médico</b>													
<b>2. El historial de la enfermedad de varicela (chickenpox) se acepta si se comprueba por un proveedor de cuidado de salud, profesional de salud escolar u oficial de salud.</b> La persona que firma a continuación verifica que la descripción del padre / tutor del historial de enfermedad de la varicela indica una infección pasada y acepta tal historial como documentación de la enfermedad.													
<b>Fecha de la Enfermedad:</b>			<b>Firma</b>			<b>Título</b>			<b>Fecha</b>				
<b>3. Confirmación del laboratorio (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicela													
<b>Resultados de Laboratorio</b>			<b>Fecha</b>		<b>MES DÍA AÑO</b>		<b>(Adjunte copia del reporte de laboratorio, si está disponible.)</b>						

<b>DATOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE VISIÓN Y AUDICIÓN</b>											
<b>Pre -escolar- anualmente comenzando a la edad de 3, Edad escolar- en el grado requerido durante el año escolar.</b>											
<b>Fecha</b>											<b>Código:</b> <b>P = Pasó</b> <b>F = Falló</b> <b>U = No se pudo examinar</b> <b>R = Referido</b> <b>G/C=Lentes/ Lentes de Contacto</b>
<b>Edad/Año</b>											
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
<b>Visión</b>											
<b>Audición</b>											

Imprimió con la Autoridad del Estado de Illinois

**(Complete Ambos Lados)**

<b>Nombre del Estudiante</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escuela</b>	<b>Grado / Núm. De Ident.</b>
Apellido	Nombre	Inicial	Mes / Día / Año			

**HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**

<b>ALERGIAS</b> (Alimentos, drogas, insectos, otro)			<b>MEDICINAS</b> (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnóstico de Asma?	Sí	No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Testículos)	Sí	No
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?	Sí	No		¿Hospitalizaciones?		
¿Defectos de Nacimiento?	Sí	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Sí	No
¿Retrasos del Desarrollo?	Sí	No				
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique	Sí	No		¿Cirugía? (Anótelas Todas)	Sí	No
¿Diabetes?	Sí	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?		
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No		¿Heridas Graves o Enfermedad?	Sí	No
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?	Sí	No		¿Prueba positiva de la piel para el TB (Dermato Pruebas)?	Sí *	No
¿Problemas Cardíacos / Falta de Respiración?	Sí	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí *	No
¿Soplo Cardíaco / Presión Arterial Alta?	Sí	No		¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?	Sí	No		¿Uso de Alcohol / Drogas?	Sí	No
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes 9 Lentes de Contacto 9 Último Examen _____				¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)	Sí	No
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)				Dental 9 Ganchos 9 Puente 9 Placas Otro		
¿Problemas de Audición?	Sí	No		¿Otras Preocupaciones?		
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?				<b>Firma del Padre / Tutor</b>	<b>Fecha</b>	

**LA SECCIÓN TOTAL QUESIGUE DEBE SER COMPLETADA POR MD/DO/APN/PA (\* INDICA EXAMINACIÓN ORDENADA POR INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA DEL ESTADO)**

<b>REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO</b>	<b>ALTURA</b>	<b>PESO</b>	<b>BMI</b>	<b>B/P</b>
<b>EVALUACIÓN DE DIABETES BMI &gt; 85% edad / sexo</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Y uno de los dos siguientes: <b>Historial Familiar</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Minoría étnica</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>Muestras de Resistencia a la Insulina</b> (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Está en Riesgo</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

**CUESTIONARIO DEL PLOMO\*** se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela con licencia o escuela pública, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil y / o kindergarten. ¿Se Indicó Examen de Sangre? Sí  No  **Fecha del Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ **Resultado de Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ (Si el niño(a) reside en Chicago, se requiere examen de la sangre.)

**Examen de la piel para el TB** Se recomienda sólo para niños en grupos de alto riesgo, incluye a niños que tienen sistema inmune supreso debido a infección del VIH (HIV) u otras condiciones, inmigrantes recién llegados de países de alta prevalencia, o aquellos adultos expuestos en categorías de alto riesgo. Vea las guías del CDC. **Fecha que se leyó** / / **Resultado** mm

<b>PRUEBAS DE LAB. *INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados</b>
Hemoglobina * o Hematocrito*				Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como se requiera)
Análisis de Orina				Otro

<b>SISTEMA DE REVISIÓN</b>	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades
Piel			Endocrino	
Oídos			Gastrointestinal	
Ojos Normal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evaluación objetiva Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado _____ Ambliopía Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrista Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Génito-Urinario	LMP
Naríz			Neurrológico	
Garganta			Músculo esquelito	
Boca / Dental			Examinación de espina dorsal	
Cardiovascular/HTN			Estado de Nutrición	
Respiración			Salud Mental	

**NECESIDADES/MODIFICACIONES** requeridas en el ámbito escolar **DIETA** Necesidades / Restricciones

**INSTRUCCIONES ESPECIALES/ DISPOSITIVOS** ejem. lentes de protección, ojo de vidrio, protector de pecho para la arritmia, marcapasos, aparato de prótesis, puentes dentales, dentaduras, sostén / copa para deportes

**SALUD MENTAL / OTRO:** ¿Piensa usted que hay algo más que la escuela debe saber sobre el estudiante?  
Si a usted le gustaría hablar de la salud de este estudiante con la escuela o personal de salud escolar, marque el título:  Enfermera  Maestro  Consejero  Principal

**ACCIÓN DE EMERGENCIA** se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejem., convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias de alimentos, alergia al cacahuate (maní), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? Sí  No  Si contestó sí, por favor descríbalo.

Basado en el examen de este día, yo apruebo que este niño(a) participe en: **(Si la respuesta es No o es Modificada, por favor adjunte explicación)**  
EDUCACIÓN FÍSICA Sí ? No ? **Modificada ?** **DEPORTES ENTRE ESCUELAS** (por un año) Sí  No  **Limitado**

<b>Médico / Enfermera de Práctica Avanzada / Asistente de Médico que hace el examen</b>		
Nombre (letra de molde)	Firma	Fecha
<b>Dirección</b>	Teléfono	

(Complete ambos lados)