



BRIGHT BEGINNINGS LEARNING CENTER

<https://www.escnj.us>

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1660 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 339-9331 Fax (732) 339-9441

Kate Johnson
Principal

Jenn Nesi
Vice Principal

Año Escolar: **2024-2025**

Estimado Padre / Tutor:

El paquete de salud del Centro de aprendizaje Bright Beginnings se adjunta para completar.

Las leyes escolares requieren que su hijo sea sometido a un examen físico para la protección de la salud. El examen debe programarse para los nuevos participantes en el sistema escolar, así como los exámenes posteriores de los estudiantes al menos una vez durante cada etapa de desarrollo, es decir; primera infancia (preescolar hasta tercer grado), pre adolescencia (grados cuatro a seis) y adolescencia (grados siete a doce).

La responsabilidad principal de las necesidades de salud totales para el niño escolar descansa con la familia y el médico del estudiante. Un examen físico realizado por un médico privado permite un examen más completo y un enfoque más individual para cada alumno y sus problemas. También brindará la oportunidad de recibir vacunas adicionales si es necesario.

Haga que su médico complete el formulario de examen adjunto y devuélvelo a la oficina de salud de la escuela. Además, lea y complete los formularios adicionales adjuntos.

Si necesita información adicional, no dude en contactarnos en **(732) 339-9331 extensión 3470 o 3480.**

Tenga en cuenta que esta información es esencial y debe mantenerse archivada en Bright Beginnings Learning Center.

Su cooperación en este asunto será muy apreciada.

Atentamente,

Dahlia Burrell - Thompson
Dahlia Burrell-Thompson, RN BSN CSN
Enfermera escolar

Joy Figueroa
Rowena Joy Figueroa, RN BSN CSN
Enfermera escolar

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)						
Child's Name (Last)		(First)		Gender	Date of Birth	
				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	/ /	
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier				
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number () -		Work Telephone/Cell Phone Number () -		
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number () -		Work Telephone/Cell Phone Number () -		
I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.						
Signature/Date				This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER						
Date of Physical Examination:			Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Abnormalities Noted:			Weight (must be taken within 30 days for WIC)			
			Height (must be taken within 30 days for WIC)			
			Head Circumference (if <2 Years)			
			Blood Pressure (if ≥3 Years)			
IMMUNIZATIONS			<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____			
MEDICAL CONDITIONS						
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Medications/Treatments • List medications/treatments:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Allergies/Sensitivities • List allergies:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments		
PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS						
Type Screening		Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct				Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous				Vision		
TB (mm of Induration)				Dental		
Other:				Developmental		
Other:				Scoliosis		
<input type="checkbox"/> I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.						
Name of Health Care Provider (Print)				Health Care Provider Stamp:		
Signature/Date						



BRIGHT BEGINNINGS LEARNING CENTER

<https://www.escnj.us>

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1660 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 339-9331 Fax (732) 339-9441

Kate Johnson
Principal

Jenn Nesi
Vice Principal

Año Escolar: **2024-2025**

EXÁMENES DE SALUD

Estimado padre / tutor:

De acuerdo con la Ley de Nueva Jersey, N.J.A.C.6A: 16-2.2, cada Junta de Educación del distrito garantizará exámenes de salud para los estudiantes. Los exámenes de salud pueden incluir altura, peso, audición, presión arterial, visión y escoliosis. Las evaluaciones pueden ser realizadas por un médico escolar, una enfermera escolar u otro personal escolar debidamente capacitado.

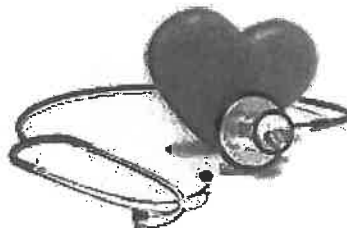
Complete el formulario de permiso de evaluación de salud a continuación y regrese a la Oficina de Salud del Centro de Aprendizaje Bright Beginnings.

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

___ Doy permiso para que mi hijo participe en exámenes de salud en la escuela.

___ No doy permiso para que mi hijo participe para exámenes de salud en la escuela.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____





Kate Johnson
Principal

Jenn Nesi
Vice Principal

Año escolar: 2024-2025



AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA

Estimado Padre / Tutor:

A veces, los niños desarrollan fiebre, dolores de cabeza o dolor por enfermedad o simplemente por una lesión mientras están en la escuela. La enfermera de la escuela desea su permiso para administrar medicamentos de venta libre a su hijo cuando ocurra. Usualmente usamos **Acetaminofén** (vendido como Tylenol). La dosis será de acuerdo con el peso del niño y será establecida por nuestro médico escolar. Es posible que prefiera otro medicamento como el **ibuprofeno** (vendido como Advil y Motrin). El ibuprofeno también se prefiere para los calambres menstruales. La escuela suministrará Tylenol y Motrin. Si desea dar permiso a la enfermera para usar uno de estos medicamentos para la fiebre, el dolor o los calambres menstruales, firme la línea o líneas apropiadas a continuación.

(Nombre del niño):

Doy permiso para la enfermera de la escuela,

- Para administrar acetaminofén (ej. Tylenol)
- Para administrar ibuprofeno (ej. Advil / Motrin)

Además, a veces los niños desarrollan reacciones alérgicas (picazón, hinchazón o sarpullido) mientras están en la escuela. La enfermera de la escuela desea su permiso para administrar medicamentos de venta libre a su hijo cuando ocurra. Usualmente usamos **difenhidramina** (vendida como Benadryl). Si desea dar permiso a la enfermera para usar uno de estos medicamentos para una reacción alérgica, seleccione y firme la línea a continuación.

Para administrar difenhidramina (Benadryl)

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____



BRIGHT BEGINNINGS LEARNING CENTER

<https://www.escnj.us>

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1660 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 339-9331 Fax (732) 339-9441

Kate Johnson
Principal

Jenn Nesi
Vice Principal

Año escolar: 2024-2025

La oficina de salud de nuestra escuela recomienda un examen dental anual de su dentista familiar para su hijo.

Devuelva este formulario a la enfermera de la escuela lo antes posible después del examen dental de su hijo.

Si hay alguna razón por la cual no puede hacerse un examen dental, llame al 732-339-9331 ext. 3470/3480.

Enfermera de la escuela

=====

INFORME DE EXAMEN DENTAL

He examinado _____ en _____
(Nombre del alumno) (Fecha)

- 1. No hay necesidad de trabajo correctivo en este momento.
- 2. El tratamiento ha sido completado.
- 3. Hay necesidad de atención dental en este momento.

Se ha programado una cita: SI _____ NO _____
(Fecha de la próxima cita)

Firma del proveedor médico: _____

Nombre del proveedor médico: _____

