

Inmunización / Registro de salud Preescolar, K, 7º y nuevos en KPS



Apellido del estudiante _____ Primer

nombre _____ Escuela _____ Fecha de
nacimiento _____ Grados _____ Fecha _____

INMUNIZACIONES

De acuerdo con la ley estatal, los estudiantes que se matriculan por primera vez, se matriculan en el séptimo grado y todos los estudiantes transferidos fuera del estado, independientemente del grado al que ingresan, no podrán asistir a clases hasta que la escuela haya comprobado por escrito su estado de vacunación. Habrá sólo dos circunstancias de que exenciones, se concederán por favor, póngase en contacto con la escuela si es necesario. Los estudiantes pueden provisionalmente inscribirse en una de Nebraska escuela si han comenzado las requeridas inmunizaciones y continuar para recibir las necesarias inmunizaciones tan rápidamente como sea médicamente factible.

EXAMEN FÍSICO

Un médico requiere un examen físico dentro de los seis meses previos a la entrada de un niño en la transferencia de grado principiante, séptimo grado o fuera del estado. El costo del examen físico correrá a cargo del padre o tutor de cada niño examinado. Cualquier estudiante que no cumpla con esta sección, se le permitirá continuar en la escuela hasta que cumpla con los requisitos.

Complete, adjunte o solicite al proveedor que envíe vacunas y registros físicos a sarlarsen@kearneycats.com para lade PK-5 o 7th en las Sunrise o Horizon firmas Parent requeridas a continuación.

Fecha del examen físico el _____ / _____ / _____ Altura: _____ Peso: _____ BP: _____

DTP / DT / DTaP # 1 _____ # 2 _____ # 3 _____ # 4 _____ (solo se da en o después de los 4 años)

Polio # 1 _____ # 2 _____ # 3 _____ # 4 _____ # 5 _____

MMR # 1 _____ # 2 _____ (# 1 solo se administra en o después de 12 meses)

Hepatitis B # 1 _____ # 2 _____ # 3 _____

Hib # 1 _____ # 2 _____ # 3 _____ # 4 _____

Varicela # 1 _____ # 2 _____ (solo se administra en o después de 12 meses)

Neumococo # 1 _____ # 2 _____ # 3 _____ # 4 _____ Tdap # 1 _____

Hepatitis A # 1 _____ # 2 _____

Audición

Oído izquierdo	Oído	derecho	HZ	Indique cualquier información adicional sobre este estudiante que pueda afectar la seguridad o el rendimiento óptimo en la escuela:
	dB	dB	1000	_____
	dB	dB	2000	_____
	dB	dB	4000	_____

Visión

Se requiere una evaluación visual de la escuela para todos los niños dentro de los seis meses anteriores para ingresar a las escuelas de Nebraska por primera vez.

Requieren pruebas	Pasa / Falla	Recomendado	Evaluación	
ambliopía	____ P ____ F		ojo Right @ Distancia (20 ')	20 / _____ Asistido / sin ayuda
estrabismo	____ P ____ F		Ojo Izquierdo @ Distancia (20')	20 / _____ Asistido / Sin ayuda
interna del ojo Salud	____ P ____ F			
externa del ojo Salud	____ P ____ F		Ojo derecho @ Distancia (16 ")	20 / _____ asistida / sin ayuda
Actividad visual	____ P ____ F		Ojo izquierdo @ Distancia (16 ")	20 / _____ asistida / sin ayuda

No deseo que mi hijo tenga un examen físico

No deseo que mi hijo tenga una evaluación de la vista _____



Fecha del último examen dental _____

Resultados _____

**** MD, PA, o Firma APRN** _____ **Fecha** _____

**** Firma del padre**

Fecha _____

No deseo que mi hijo tenga un examen físico

No deseo que mi hijo tenga una evaluación de la vista _____