

FORMULARIO REQUERIDO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR DEL ESTADO DE NUEVA YORK**A COMPLETAR POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA O EL DIRECTOR MÉDICO DE LA ESCUELA**

Nota: El Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED) requiere un examen físico para los estudiantes de nuevo ingreso y de los grados prekínder, kínder, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para los deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Nombre afirmado(si corresponde):	Fecha de nacimiento:
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> X	
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Si responde afirmativamente a alguno de los diagnósticos que figuran a continuación, marque todo lo que corresponda y proporcione información adicional.

<input type="checkbox"/> Alergias	Tipo: <input type="checkbox"/> Se adjunta una orden de medicación/tratamiento <input type="checkbox"/> Se adjunta plan de atención para anafilaxis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Se adjunta una orden de medicación/tratamiento <input type="checkbox"/> Se adjunta plan de atención para asma
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Tipo: Fecha de la última convulsión: <input type="checkbox"/> Se adjunta una orden de medicación/tratamiento <input type="checkbox"/> Se adjunta plan de atención para convulsiones
<input type="checkbox"/> Diabetes	Tipo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Se adjunta una orden de medicación/tratamiento <input type="checkbox"/> Se adjunta plan de manejo médico de la diabetes

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes: Considere la posibilidad de realizar pruebas de detección de DMT2 si el % de IMC > 85 % y tiene dos o más factores de riesgo: ant. fam. de DMT2, origen étnico, síntomas de resistencia a la insulina, antecedentes de diabetes gestacional de la madre o prediabetes.

IMC _____ kg/m²

Percentil (categoría de estado de peso): < 5 5 - 49 50 - 84 85 - 94 95- 98 99 y >

Hiperlipidemia: Sí No realizado

Hipertensión: Sí No realizado

EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA

Estatura:	Peso:	PA:	Pulso:	Respiraciones:
Pruebas de laboratorio	Positivo	Negativo	Fecha	Nivel de plomo Requerido para prekínder y kínder
TB- PRN				<input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> Plomo elevado \geq 5 gg/dL
Prueba de detección de células falciformes-PRN				

Revisión del sistema dentro de los límites normales

Hallazgos anormales: enumere a continuación otras inquietudes médicas pertinentes (p. ej., conmoción cerebral, salud mental, un órgano funcional)

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Habla
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Espalda/columna vertebral/cuello	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Socioemocional
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Musculoesquelético

Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones: Diagnósticos/Problemas (lista) Código ICD-IO*

Se adjunta información adicional

*Requerido solo para estudiantes con un IEP que reciben Medicaid

Nombre:	Nombre afirmado (si aplicable):	Fecha de nacimiento:
---------	---------------------------------	----------------------

EVALUACIONES

Evaluaciones de visión y audición requeridas para Pre-K o K, 1, 3, 5, 7 y 11

Evaluación de visión	Con Corrección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derecho	Izquierdo	Remisión	No realizada
Agudeza visión a distancia			20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
Agudeza visión de cerca			20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
Evaluación de percepción de color	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Falló				<input type="checkbox"/>

Notas

Evaluación de audición: Pasar indica que el alumno puede escuchar 20 dB en todas las frecuencias: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; para los grados 7 y 11 también pasa a 6000 y 8000 Hz.	No realizada
--	---------------------

Evaluación de tono puro: Derecho <input type="checkbox"/> Aprobó <input type="checkbox"/> Falló	Izquierdo <input type="checkbox"/> Aprobó <input type="checkbox"/>	Remisión <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
--	---	---	--------------------------

Notas

Evaluación de escoliosis: Niños grado 9, Niñas grados 5 y 7	Negativo	Positivo	Remisión	No realizada
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>

PARA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTES* / JARDIN DE RECREO / TRABAJO

* **Revisión de historia cardíaca familiar** - requerido por Ley Dominick Murray de prevención de ataque cardíaco repentino

Alumno puede participar en toda actividad sin restricciones.

Si **se aplican restricciones** - Complete la información a continuación

Alumno está restringido de participación en:

- Deportes de contacto:** Baloncesto, animadoras competitivas, buceo, esquiar cuesta abajo, hockey de campo, fútbol americano, gimnasia, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol y lucha libre.
- Deportes de contacto limitado:** Béisbol, esgrima, sófbol, y voleibol.
- Deportes sin contacto:** Tiro al arco, bádminton, bolos, campo traviesa, golf, rifletería, natación, tenis, y pista y campo.
- Otras restricciones:**

Etapa de desarrollo para proceso de colocación atlética SOLO requerido para estudiantes en los grados 7 y 8 que desean jugar a nivel de deportes interescolares de la escuela secundaria **O** para los grados 9 a 12 si desean jugar a nivel deportivo interescolar modificado.

Etapa Tanner: I II III IV V

Otros ajustes *: Proporcionar detalles (p.ej ., abrazadera, bomba de insulina, prótesis, gafas deportivas, etc.):

* Consultar con el personal de la autoridad atlética si previamente se necesita aprobación o llenar un formulario para usar el dispositivo en competencias atléticas.

MEDICAMENTOS

Se adjunto formulario de orden de medicamento(s) necesarios en la escuela

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

VACUNAS

Confirmado que no tiene enfermedades transmisibles durante el examen Registro adjunto Reportado a NYSIIS

PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

Firma del proveedor de cuidado de la salud:

Nombre del proveedor: *(en letra de imprenta)*

Dirección del proveedor:

Teléfono:

Fax:

Completar y devolver este formulario a la Oficina de Salud de la escuela de su niño.