

| SECCIÓN I - A SER COMPLETADA POR LOS PADRES  |                 |  |   |  |                    |
|--|-----------------|--|---|--|--------------------|
| Nombre del niño (apellido) (Primero)   |                 | Género<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   |   | Fecha de nacimiento<br>/ /   |                    |
| ¿Tiene el niño seguro médico?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                 | En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguro médico del niño  |   |  |                    |
| Nombre del Padre de Familia / Tutor  |                 | Numero de telefono de casa<br>( ) -  |   | Teléfono del trabajo/Número de teléfono celular<br>( ) -   |                    |
| Nombre del Padre de Familia / Tutor  |                 | Numero de telefono de casa<br>( ) -  |   | Teléfono del trabajo/Número de teléfono celular<br>( ) -   |                    |
| <i>Doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica y el proveedor de cuidado infantil/enfermera escolar de mi hijo analicen la información contenida en este formulario.</i>  |                 |  |   |  |                    |
| Firma/Fecha  |                 |  |   | Este formulario puede entregarse a WIC.<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                    |
| SECCIÓN II - A SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA  |                 |  |   |  |                    |
| Fecha del examen físico:   |                 |  | ¿Los resultados del examen físico son normales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |                    |
| Anomalías observadas:  |                 |  | Peso (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC)  |  |                    |
|  |                 |  | Altura (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC)  |  |                    |
|  |                 |  | Circunferencia de la cabeza (si <2 años)  |  |                    |
|  |                 |  | Presión arterial (si >3 años)   |  |                    |
| <b>VACUNAS</b>   |                 | <input type="checkbox"/> Adjunto registro de vacunación<br><input type="checkbox"/> Fecha de vencimiento de la próxima vacunación: _____ |   |  |                    |
| CONDICIONES MÉDICAS  |                 |  |   |  |                    |
| Condiciones médicas crónicas/cirugías relacionadas<br>• Enumerar condiciones médicas/cirugía en curso preocupaciones:  |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Medicamentos/Tratamientos<br>• Listar medicamentos/tratamientos:   |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Limitaciones a la actividad física<br>• Enumerar limitaciones/consideraciones especiales:  |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Necesidades de equipos especiales<br>• Enumere los elementos necesarios para las actividades diarias.  |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Alergias/Sensibilidades<br>• Listar alergias:  |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Dieta especial/suplementos vitamínicos y minerales<br>• Enumere las especificaciones dietéticas:   |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Problemas de conducta/diagnóstico de salud mental<br>• Enumere los problemas/preocupaciones de salud mental/conductual:  |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| Planes de emergencia<br>• Enumere el plan de emergencia que podría ser necesario y los signos/síntomas a los que debe prestar atención:  |                 | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Plan de atención especial Adjunto   |   | Comentarios  |                    |
| EXÁMENES DE SALUD PREVENTIVOS  |                 |  |   |  |                    |
| Tipo de cribado  | Fecha realizada | Valor de registro  | Tipo de cribado   | Fecha realizada  | Nota si es anormal |
| Hgb/Hct  |                 |  | Audiencia   |  |                    |
| Dirigir: <input type="checkbox"/> Capilar <input type="checkbox"/> Venoso  |                 |  | Visión  |  |                    |
| TB (mm de Induración)  |                 |  | Dental  |  |                    |
| Otro:  |                 |  | De desarrollo   |  |                    |
| Otro:  |                 |  | Escoliosis  |  |                    |
| <input type="checkbox"/> He examinado al estudiante mencionado anteriormente y revisado su historial de salud. En mi opinión, él/ella tiene autorización médica para participar plenamente en <u>todas las actividades escolares/de cuidado infantil, incluida la educación física y los deportes de contacto competitivos, a menos que se indique lo contrario.</u> |                 |  |   |  |                    |
| Nombre del proveedor de atención médica (imprima)  |                 |  | Sello del proveedor de atención médica:   |  |                    |
| Fecha de firma   |                 |  |   |  |                    |

# Instrucciones para completar el Registro Universal de Salud Infantil (CH-14)

## Sección 1 - Padre

Haga que el padre/tutor complete la sección superior y firme el consentimiento para que el proveedor de cuidado infantil/enfermera de la escuela discuta cualquier información en este formulario con el proveedor de atención médica.

La casilla de WIC solo debe marcarse si este formulario se envía a la oficina de WIC. WIC es un programa de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños que ofrece alimentos nutritivos, asesoramiento nutricional, referencias para atención médica y apoyo para la lactancia materna a familias que cumplen los requisitos de ingresos. Para obtener más información sobre WIC en su área, llame al 1-800-328-3838.

## Sección 2 - Proveedor de atención médica

1. Por favor, indique la fecha del examen físico utilizado para completar el formulario. Indique cualquier anomalía significativa, especialmente si el niño necesita tratamiento para dicha anomalía (por ejemplo, cremas para el eccema, medicamentos para el asma y las sibilancias, etc.).

- **Peso:** indique libras o kilogramos. Si el formulario se utiliza para WIC, el peso debe haberse medido en los últimos 30 días.
- **Altura:** indique pulgadas o centímetros. Si el formulario se utiliza para WIC, la altura debe haberse medido en los últimos 30 días.
- **Circunferencia cefálica:** indique solo si el niño tiene menos de 2 años.
- **Presión arterial:** indique solo si el niño tiene 3 años o más.

2. **Vacunación:** Puede copiar y adjuntar una copia del registro de vacunación. Si necesita un formulario en blanco para anotar las fechas de vacunación, puede solicitar tarjetas del Registro Personal de Vacunación (IMM-9) al Departamento de Salud de Nueva Jersey, Programa de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, llamando al 609-826-4860. Para que el formulario sea válido, debe adjuntar el registro de vacunación.

- La opción "Fecha de la próxima vacunación" es opcional, pero ayuda a los proveedores de cuidado infantil a garantizar que los niños a su cargo tengan sus vacunas al día.

3. **Condiciones médicas:** Enumere cualquier condición médica actual que pueda afectar la salud y el bienestar del niño en el entorno de cuidado infantil o escuela.

- Indique cualquier afección médica significativa o historial de cirugía mayor. **Si el niño tiene una afección médica compleja, debe completar y adjuntar un plan de atención especial para cualquiera de los bloques de problemas médicos que aparecen a continuación.** Puede descargar un plan de atención genérico (CH-15) en [www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot](http://www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot) o en formato PDF. Puede solicitar copias impresas del CH-15 a la División de Servicios de Salud Familiar al 609-292-5666.
- Medicamentos:** Enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente. Incluya cualquier medicamento que se le administre en casa si pudiera afectar la salud del niño mientras esté en la guardería (medicamentos para convulsiones, medicamentos para el corazón o el asma, etc.). No es necesario incluir en este formulario los medicamentos de corta duración, como los antibióticos. Deben incluirse los antibióticos de larga duración, como los antibióticos para infecciones del tracto urinario

o la profilaxis de la anemia falciforme. Los medicamentos PRN son medicamentos que se administran solo cuando es necesario y deben tener pautas en cuanto a los factores específicos que deben desencadenar la administración del medicamento.

*Sea específico sobre los medicamentos de venta libre que recomienda e incluya información para los padres y el cuidador infantil sobre la dosis, la vía de administración, la frecuencia y los posibles efectos secundarios. Muchos cuidadores infantiles pueden requerir permisos separados para medicamentos con receta y de venta libre.*

c. **Limitaciones de actividad física:** Sea lo más específico posible e incluya las fechas de limitación, según corresponda. Se debe indicar cualquier limitación en las excursiones. Indique cualquier consideración especial, como evitar la exposición al sol o a alérgenos. Se debe indicar la posible reacción grave a las picaduras de insectos. Se deben indicar consideraciones especiales, como que los bebés duerman boca arriba.

d. **Equipo especial:** Indique si el niño usa anteojos, aparatos de ortodoncia, aparatos ortopédicos u otro equipo especial. Los niños con necesidades complejas de equipo deben tener un plan de atención.

e. **Alergias/Sensibilidades:** Los niños con alergias potencialmente mortales deben tener un plan de atención especial. Se deben indicar las reacciones alérgicas graves a animales o alimentos (sibilancias, etc.). Los planes de acción para el asma pediátrico se pueden obtener de la Coalición de Asma Pediátrica de Nueva Jersey en [www.pacnj.org](http://www.pacnj.org) o por teléfono al 908-687-9340.

f. **Dietas especiales:** Se debe incluir cualquier dieta especial o suplementos por indicación médica. Se debe registrar la lactancia materna exclusiva.

g. **Problemas de salud mental/conductual:** indique cualquier problema de conducta significativo o diagnóstico de salud mental, como autismo, apnea obstructiva del sueño o TDAH.

h. **Planes de emergencia:** podría requerirse un plan de atención especial si las intervenciones son complejas. Sea específico sobre los signos y síntomas a los que debe prestar atención. Use un lenguaje sencillo y evite el uso de términos médicos complejos.

4. **Prueba de detección:** Esta sección es obligatoria para escuelas, WIC, Head Start, guarderías y otros programas. Esta sección puede proporcionar datos valiosos al personal de salud pública para el seguimiento de la salud infantil. Ingrese la fecha de la prueba. Anote si el resultado fue anormal o marque con una "N" si fue normal.

- Para la prueba de detección de plomo, indique si la muestra de sangre fue capilar o venosa y el valor de la prueba realizada.
- Para la PPD, ingrese los milímetros de induración y la fecha indicada debe ser la fecha de la lectura. Si se realizó una radiografía de tórax, registre los resultados.
- Las pruebas de detección de escoliosis se realizan cada dos años en las escuelas públicas a partir de los 10 años.

Este formulario puede utilizarse para obtener autorización para deportes o educación física. Por lo tanto, marque la casilla sobre la línea de firma y anote las anotaciones pertinentes en el bloque "Limitación a las actividades físicas".

5. Firme y feche el formulario con la fecha en que lo completó (anote la fecha del examen, si es diferente).

- Escriba el nombre del profesional de la salud.
- Selle con el nombre, la dirección y el número de teléfono del centro de atención médica.