ESTADO DE FLORIDA
Examen de salud para el ingreso escolar

Padre o tutor: Por favor complete y firme la Parte I – Historia clínica del niño.
La ley estatal para el ingreso escolar requiere un examen de salud realizado por un profesional legalmente autorizado. Los distritos escolares locales pueden añadir requisitos adicionales.
(Escriba con letra de molde)

Nombre del niño (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección (calle)	Escuela	Grado
Ciudad y Código Postal	Teléfono de la casa	Padre/tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

PARTE I -HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO

Padre o tutor: Por favor marque en la columna de la izquierda las respuestas a las siguientes preguntas (1-8).
(Explique si responde "Sí" en el espacio de abajo).
1. Sí☐ No☐ ¿Tiene alguna preocupación sobre la salud en general (hábitos de alimentación y sueño, peso, etc.)?
2. Sí☐ No☐ ¿Alguna otra enfermedad específica o problema socioemocional o de comportamiento?
3. Sí☐ No☐ ¿Algún tipo de alergia (a alimentos, insectos, medicamentos, etc.)?
4. Sí☐ No☐ ¿Alguna prescripción (receta) médica (diaria u ocasional)?
5. Sí☐ No☐ ¿Algún problema de visión, audición o habla (anteojos, lentes de contacto, tubos auditivos, audífonos)?
6. Sí☐ No☐ ¿Alguna hospitalización, operación, o enfermedad grave (Especificar el problema)?
7. Sí☐ No☐ ¿Alguna lesión o algún accidente significativo (Especificar el problema)?
8. Sí☐ No☐ ¿Le gustaría conversar con la enfermera de la escuela sobre la salud de su hijo(a)?

Padre o tutor: Por favor explique las repuestas que marcó "Sí" en la parte de arriba.

_____
_____

Soy el padre o tutor del niño mencionado arriba. Doy mi autorización para que la información de mi hijo(a) en las PARTES 1 y 2 de este formulario sea revisada y utilizada únicamente por el personal de esta escuela y cualquier otro funcionario de salud escolar que proporcione servicios de salud escolar en el distrito cuyo propósito exclusivo sea satisfacer las necesidades de educación y salud de mi hijo(a).

_____ _____
Firma del padre/tutor **Fecha**

Recomendaciones para el Prekínder y el Kínder de la Alianza para la Preparación Escolar

Padre o tutor: Por favor obtenga los servicios enumerados abajo para descartar cualquier problema. Consulte con su proveedor de cuidado de la salud para corregir o tratar algún problema que pueda disminuir la capacidad de aprendizaje de su hijo(a) en la escuela. (**Se recomiendan estos servicios, no son obligatorios.)**

1. Examen completo de la vista (De 3 a 5 años de edad) Fecha del examen:____ Resultados del examen:_____ Proveedor del cuidado de la salud: *(marque uno)* Optómetro☐ Oftalmólogo☐	Describa las medidas correctivas para cualquier tipo de problema identificado y las adaptaciones necesarias.
2. Examen dental completo Fecha del examen:____ Resultados del examen:_____ Dentista:	Describa las medidas correctivas para cualquier tipo de problema identificado y las adaptaciones necesarias.
3. Prueba de audición Fecha del examen:____ Resultados del examen:_____ Proveedor del cuidado de la salud:	Describa las medidas correctivas para cualquier tipo de problema identificado y las adaptaciones necesarias.

REGISTRO MÉDICO PARA EL ESTUDIANTE PREESCOLAR DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BROWARD

Nombre del estudiante: _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono _____

Escuela _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Raza _____

Sírvase marcar la cobertura médica actual del estudiante:
☐ Medicaid ☐ Seguro médico ☐ Florida Kidcare ☐ Ninguno

Nombre del médico/clínica del estudiante
_____

HISTORIA CLÍNICA/VALORACIÓN DE LA SALUD

Marque con un círculo los problemas de salud que su hijo/a tuvo en el **pasado**

☐ Varicela ☐ Nacimiento prematuro ☐ Infección de oído
☐ Fiebre reumática ☐ Cardiopatía ☐ Convulsiones/Ataque epiléptico
Otra enfermedad o lesión grave _____
Explique _____

Marque con un círculo los problemas de salud que su hijo/a tiene **ahora:**

☐ Alergias ☐ Dental ☐ Ataques epilépticos ☐ Renal ☐ Anemia ☐ Asma ☐ Tubos auditivos ☐ Diabetes
☐ Habla ☐ Vejiga ☐ Audición ☐ Visión ☐ Cardiopatía ☐ Hemofilia ☐ *SicKle cell* **O** *trait* (Anemia falciforme o el rasgo)
Otro, Explique _____
En caso de alergias/asma, diga la causa/el desencadenante _____
¿Alguien fuma en la casa? ☐ Sí ☐ No
¿Su hijo/a necesita ayuda o tiene restricción de las actividades físicas por problemas de salud? ☐ Sí ☐ No
Explique _____

Marque con un círculo los problemas de salud que su hijo/a tiene **con frecuencia:**

☐ Bronquitis ☐ Tos ☐ Resfriados ☐ Diarrea ☐ Dolor de garganta ☐ Dolor estomacal ☐ Lesiones
☐ Sarpullido ☐ Vómito ☐ Estreñimiento ☐ Hemorragia nasal ☐ Dificultad para orin ☐ Infección de oídos
Explique, si es necesario _____
¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es sí, ¿cuál y cuándo lo toma? _____

DATOS NUTRICIONALES

(Marque "Sí" o "No" – Explique cuando sea necesario)

1. ¿Hay algún alimento que su hijo/a no debe comer por razones médicas, religiosas o personales? ☐ Sí ☐ No
   _____
2. ¿Su hijo/a tiene una dieta especial? ☐ Sí ☐ No
   _____
3. ¿Le preocupa lo que su hijo/a come? ☐ Sí ☐ No
   _____
4. ¿Su hijo/a toma suplementos de vitaminas y minerales? ☐ Sí ☐ No
   Si respondió sí, ¿cuáles son?
   _____
5. Los alimentos que le gustan _____
   Los alimentos que le disgustan _____
6. ¿Su hijo/a come o mastica cosas que no son alimentos? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Su hijo/a tiene dificultad para masticar o tragar? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Ha habido recientemente algún cambio drástico en el apetito de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Su hijo/a toma biberón? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA DEL DESARROLLO

A qué **edad** aproximadamente su hijo/a:

a) Se sentó sin ayuda _____
b) Gateó _____
c) Caminó _____
d) Habló _____
d) Se vistió sin ayuda _____
e) Se alimentó sin ayuda _____
f) Aprendió a ir al baño _____
g) Entendió lo que se le dijo _____

Yo, voluntariamente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios, tales como, las observaciones en el salón de clases, las consultas de salud mental y los exámenes en los siguientes campos: auditivo, visual, nutricional, de desarrollo, socioemocional y dental con sus respectivos seguimientos. Además, yo autorizo a mi hijo/a a ir en el autobús escolar para tener acceso a servicios tales como: el cuidado dental, las clases de natación y otras excursiones escolares.

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

Fecha de revisión 6/2025

BED<Sp#174/mds/01/18> Document translated by the Bilingual/ESOL Department (01/18)