

INVENTARIO DE SALUD

INFORMACIÓN REQUERIDA

La siguiente información es requerida antes de que un/a niño/a asista a una guardería o guardería infantil con licencia, registrada y aprobada por el Departamento de Educación del Estado de Maryland.

- **Un examen físico** realizado por un médico o un profesional de enfermería certificado debe cumplir este requisito no más de doce meses antes de asistir la escuela o un centro de cuidado de niños. Se utilizará un formulario de examen físico designado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland y el Departamento de Salud e Higiene Mental para cumplir con este requisito (ver COMAR 13.A 15.03.02, 13A, 16.03.02 y 13A, 17.03.02).
- **Evidencia de inmunizaciones (vacunas)**. Un formulario de Certificación de Inmunización de Maryland para niños recién matriculados puede obtenerse del departamento de salud local o del personal de la escuela. El formulario de certificación de inmunización (DHMH 896) o un impreso o un formulario de registro de inmunización generado por computadora y las vacunas requeridas deben ser completados antes de que un/a niño/a pueda asistir. Este formulario se puede encontrar en:
http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/maryland_immunization_certification_form_dhmh_896_-_february_2014.pdf
- **Evidencia Prueba de Sangre-Plomo** para niños que viven en áreas designadas en riesgo. Este certificado de prueba de sangre-plomo (DHMH 4620) (u otro documento escrito firmado por un Profesional de Salud) se utilizará para cumplir con este requisito. Este formulario se puede encontrar en
http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/dhmh_4620_bloodleadtestingcertificate_2016.pdf

EXENCIONES

Las exenciones de un examen físico, inmunizaciones y pruebas de Sangre-Plomo son permitidas si la familia tiene una objeción basada en sus creencias y prácticas religiosas. El certificado de Sangre-Plomo debe ser firmado por un Profesional de Cuidado de Salud declarando que se hizo un cuestionario.

Los niños también pueden quedar exentos de los requisitos de inmunización si un médico, enfermero o funcionario del departamento de salud certifica que hay una razón médica para que el niño no reciba una vacuna.

La información de salud en este formulario estará disponible solamente para aquellos proveedores de cuidado de salud y cuidado de niños o cuidado de niños que tienen una responsabilidad de cuidado legítimo para su hijo.

INSTRUCCIONES

Por favor complete la Parte 1 de este formulario de Examen Físico. Parte 2 debe ser completado por un médico o enfermera practicante, o una copia del examen físico de su hijo/a debe ser adjunta a este formulario.

Si su hijo/a requiere que se le administre un medicamento durante las horas de cuidado de niños, debe pedirle al médico que complete un Formulario de Autorización de Medicamentos (OCC 1216) para cada medicamento. El Formulario de Autorización de Medicamentos se puede obtener en:

<http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/occ1216-medicationadministrationauthorization.pdf>

Si no tiene acceso a un médico o enfermero o si su hijo/a requiere un plan individualizado de atención médica, comuníquese con su Departamento de Salud local.

PART I- Evaluación de Salud

Para ser completado por el Padre o Guardian

Nombre del Niño: _____			Date of Birth: _____		SEX: Masculino O Femenino
LAST	FIRST	MIDDLE	MO / DY / YR		
Dirección: _____			Número		Calle
Apt #	Ciudad Estado	Código Postal			
Nombre de Padre/Guardián		Relación	Numero de Telefono		
		T:	Casa:	Cel:	
		T:	Casa:	Cel:	
El Doctor donde lleva su hijo para el cuidado médica rutina		Doctor donde lleva su hijo para el cuidado dental rutina		Cuándo fue la última vez que su hijo fue visto para un:	
Nombre:		Nombre:		Examen Físico:	
Dirección:		Dirección:		Cuidado Dental:	
Numero:		Numero:		Specialista:	
EVALUACION DE LA SALUD DEL NINO - A lo mejor de su conocimiento tiene su hijo tuvo algún problema con lo siguiente? Marque Sí o No y proporcione un comentario para cualquier respuesta si es SÍ.					

	SI	NO	Comentarios(Requerido para cualquier respuesta si)
Alergias (Alimentos, Insectos, Drogas, Látex, etc.)			
Alergias (Estacionales)			
Asma o Respiración			
Comportamiento o Emocional			
Defecto (s) de nacimiento			
Vejiga			
Sangriento			
Intestinos			
Parálisis Cerebral			
Tos			
Comunicación			
Retraso en el Desarrollo			
Diabetes			
Oídos o Sordera			
Ojos o Visión			
Lesión craneal			
Alimentación			
Corazón			
Hospitalización (cuándo, dónde)			
Envenenamiento por plomo / exposición			
Reacciones alérgicas que amenazan la vida			
Límites en la actividad física			
Meningitis			
Dispositivos de ayuda a la movilidad, si alguno			
Prematuridad			
Convulsiones			
Enfermedad de células falciformes			
Habla/Lenguaje			
Cirugía			
Otro			
¿Su hijo toma medicamentos (con receta o sin receta) en cualquier momento? _____ No _____ Sí, nombre (s) de medicamento (s):			
¿Recibe su hijo algún tratamiento especial? (Nebulizador, epi-pen, etc.) _____ No _____ Sí, tipo de tratamiento			

Doy mi permiso para que el médico de salud complete la segunda parte de este formulario. ENTIENDO QUE ES PARA USO CONFIDENCIAL EN LA REUNIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE MI NIÑO EN EL CUIDADO INFANTIL.
 ATENTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y EXACTA A LO MEJOR DE MIS CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS.
 Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

PART I- Evaluación de Salud

Para ser completado por el Padre o Guardian