

**Escuelas de Maryland  
Registro de  
examen físico**

A los padres de familia o tutores legales:

Para que su hijo ingrese a las escuelas públicas de Maryland por primera vez, se exige lo siguiente:

- **La realización de un examen físico por parte de un médico o enfermero especialista certificado, dentro de los nueve meses previos al ingreso al sistema escolar público o dentro de seis meses después de ingresar al sistema.** Para cumplir con este requisito, se utilizará un Formulario de examen físico designado por el Maryland State Department of Education y el Department of Health and Mental Hygiene. (<http://www.dsd.state.md.us/comar/13a/13a.05.05.07.htm>)
- **Evidencia completa de las vacunas principales contra ciertas enfermedades contagiosas de la infancia. Ésta se exige a todos los estudiantes, desde preescolar hasta el 12° grado.** Los estudiantes recién matriculados pueden obtener un Formulario de certificación de vacunas de Maryland en el departamento de salud local o con el personal de la escuela. El Formulario de certificación de vacunas (DHMH 896) o un formulario de registro de vacunas hecho en la computadora o impreso y las vacunas exigidas deben ser administradas antes de que el niño pueda asistir a la escuela. Puede encontrar este formulario en: <http://www.edcp.org/pdf/DHMH896new.pdf>.
- **Evidencia de un examen de sangre. Ésta se exige a todos los estudiantes que residan en un área designada como de riesgo, al ingresar por primera vez a Pre-kindergarten, Kindergarten y 1° grado.** Se utilizará el Certificado de análisis de plomo en la sangre (DHMH 4620) u otro documento escrito firmado por un especialista en atención de salud para cumplir con este requisito. Puede encontrar este formulario en:  
<http://www.fha.state.md.us/och/pdf/MarylandDHMHBloodLeadTestingCertificateDHMH4620.pdf>.

Se permiten las excepciones del examen físico y las vacunas, si van en contra de las creencias religiosas del estudiante o la familia. Los estudiantes también pueden estar exentos de los requisitos de las vacunas si un médico, enfermero especialista o funcionario del departamento de salud certifica que existe una razón médica para que no sean administradas. Se permite estar exento del análisis de plomo en la sangre, si va en contra de las creencias y prácticas religiosas de la familia. El Certificado de análisis de plomo en la sangre debe estar firmado por un especialista en atención de salud, estableciendo que se llevó a cabo un cuestionario.

La información de salud de este formulario estará disponible sólo para el personal de salud y educación que tenga un interés educativo legítimo en su hijo.

**Llene la Parte I de este Formulario de examen físico. La Parte II debe ser llenada por un médico o enfermero especialista, o se debe adjuntar a este formulario una copia del examen físico de su hijo.**

**Si su hijo necesita que se le administren medicamentos en la escuela, debe pedirle al médico que llene un Formulario de administración de medicamentos por cada medicamento. Puede obtener este formulario en**

<http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/8D9E900E-13A9-4700-9AA8-5529C5F4C749/3341/medicationform404.pdf>. **Si no tiene acceso a un médico o un enfermero especialista o si su hijo necesita un procedimiento de salud especial, comuníquese con el Director o la enfermera de la escuela de su hijo.**

Maryland State Department of Health and Mental Hygiene

Maryland State Department of Education

**Retención de registros: Este formulario debe mantenerse en los registros de la escuela hasta que el estudiante cumpla 21 años.**

**PARTE I: EVALUACIÓN DE SALUD**  
**Debe ser llenada por uno de los padres de familia o el tutor legal**

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono	
Nombre del padre de familia/tutor legal				
¿Dónde lleva a su hijo generalmente para que reciba atención médica de rutina?			Número de teléfono	
Nombre:		Dirección:		
¿Cuándo fue la última vez que llevó a su hijo para que le hicieran un examen físico?			Mes	Año
¿Dónde lleva a su hijo generalmente para que reciba atención dental de rutina?			Número de teléfono	
Nombre:		Dirección:		
<b>EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE</b>				
Según su conocimiento, ¿su hijo ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marque las opciones que correspondan				
	Sí	No	Comentarios	
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex)				
Alergias (estacionales)				
Asma o problemas respiratorios				
Problemas conductuales o emocionales				
Defectos congénitos				
Problemas de hemorragias				
Parálisis cerebral				
Problemas dentales				
Diabetes				
Sordera o problemas auditivos				
Problemas de la vista				
Lesión en la cabeza				
Problemas cardíacos				
Hospitalización (dónde, cuándo)				
Exposición o envenenamiento con plomo				
Discapacidad o problemas del aprendizaje				
Límites en la actividad física				
Meningitis				
Prematuridad				
Problemas de vejiga				
Problemas intestinales				
Problemas de tos				
Convulsiones				
Reacciones alérgicas graves				
Anemia drepanocítica				
Problemas del habla				
Cirugías				
Otros				
¿Su hijo toma algún medicamento?				
No      Sí      Nombre(s) del (los) medicamento(s): _____				
¿Su hijo se encuentra bajo algún tratamiento especial? (nebulizador, autoinyector de epinefrina, etc.)				
No      Sí      Tratamiento _____				
¿Su hijo necesita algún procedimiento especial? (cateterismo, etc.)				
No      Sí				
Firma del padre de familia/tutor legal _____			Fecha: _____	

**PARTE II: EVALUACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA**  
 Debe ser llenada **SÓLO** por un médico o enfermero especialista

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes,día, año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
--	------------------------------------	------------	----------------------	-------

1. ¿El niño tiene alguna afección médica diagnosticada?  
 No      Sí \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. ¿El niño tiene una afección de salud que pudiera requerir MEDIDAS DE EMERGENCIA mientras esté en la escuela? (por ejemplo, convulsiones, alergia a las picaduras de insectos, asma, problemas de hemorragias, diabetes, problemas cardíacos u otros problemas) Si la respuesta es sí, DESCRIBA.  
 Además, "trabaje con su enfermera escolar para desarrollar un plan de emergencia".  
 No      Sí \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. ¿Existe alguna inquietud con respecto a algún hallazgo anormal en la evaluación?  
 Hallazgos en la evaluación/INQUIETUDES

Examen físico	DLN	ANORMAL	Área de interés	Área de salud de interés	
				SÍ	NO
Cabeza				Déficit atencional o hiperactividad	
Ojos				Conducta o adaptación	
Oído, nariz, garganta (otorrinolaringológico)				Desarrollo	
Dental				Audición	
Respiratorio				Inmunodeficiencia	
Cardíaco				Exposición al plomo o niveles elevados de plomo	
GI				Discapacidad o problemas del aprendizaje	
GU				Movilidad	
Musculoesquelético u ortopédico				Nutrición	
Neurológico				Enfermedad o deficiencia física	
Cutáneo				Psicosocial	
Endocrino				Habla o lenguaje	
Psicosocial				Vista	
				Otro	

OBSERVACIONES: (explique cualquier hallazgo anormal).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. **REGISTRO DE VACUNAS:** El Formulario DHMH 896 debe ser llenado por un proveedor de atención de salud o se debe entregar un registro de vacunas generado en la computadora.

5. ¿El niño está tomando medicamentos? Si la respuesta es sí, indique el medicamento y el diagnóstico.  
 No      Sí \_\_\_\_\_  
 (Se debe llenar un Formulario de administración de medicamentos para que se administre el medicamento en la escuela).

6. ¿Se debe restringir de alguna forma la actividad física en la escuela? Si la respuesta es sí, especifique la naturaleza y duración de la restricción.  
 No      Sí \_\_\_\_\_

7. Evaluaciones	Resultados	Día del control
Examen de tuberculina		
Presión sanguínea		
Estatura		
Peso		
% de IMC		
Análisis para detectar presencia de plomo	Opcional	

**PARTE II: EVALUACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA (continuación)**

Debe ser llenada **SÓLO** por un médico o enfermero especialista

A (Nombre del niño) \_\_\_\_\_ se le ha realizado un examen físico completo y:

- no presenta ningún problema evidente que pudiese afectar el aprendizaje o la participación escolar completa
- presenta los problemas indicados anteriormente

Comentarios adicionales:

Médico/enfermero especialista (Escriba a máquina o con letra de imprenta)

Número de teléfono

Firma del médico/enfermero especialista

Fecha

**MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE**

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_  
 LAST FIRST MI  
 SEX: MALE  FEMALE  BIRTHDATE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 COUNTY \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_  
 PARENT NAME \_\_\_\_\_ PHONE NO. \_\_\_\_\_  
 OR  
 GUARDIAN ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)**

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr
4										_____	_____	_____	_____
5										_____	_____	_____	_____

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

1. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date  
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date

3. \_\_\_\_\_  
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

Clinic / Office Name  
Office Address/ Phone Number

**COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.**

**MEDICAL CONTRAINDICATION:**

**Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.**

This is a:  Permanent condition OR  Temporary condition until \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Medical Provider / LHD Official

**RELIGIOUS OBJECTION:**

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

**Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.**

### Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella.**
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient.**
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

## Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at [www.health.maryland.gov](http://www.health.maryland.gov). (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at [www.health.maryland.gov](http://www.health.maryland.gov). (Choose Immunization in the A-Z Index)

**MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE BLOOD LEAD TESTING CERTIFICATE**

**Instructions:** Use this form when enrolling a child in child care, pre-kindergarten, kindergarten or first grade. **BOX A** is to be completed by the parent or guardian. **BOX B**, also completed by parent/guardian, is for a child born before January 1, 2015 who does not need a lead test (children must meet all conditions in Box B). **BOX C** should be completed by the health care provider for any child born on or after January 1, 2015, and any child born before January 1, 2015 who does not meet all the conditions in Box B. **BOX D** is for children who are not tested due to religious objection (must be completed by health care provider).

**BOX A-Parent/Guardian Completes for Child Enrolling in Child Care, Pre-Kindergarten, Kindergarten, or First Grade**

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 LAST FIRST MIDDLE

CHILD'S ADDRESS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 STREET ADDRESS (with Apartment Number) CITY STATE ZIP

SEX:  Male  Female BIRTHDATE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

PARENT OR GUARDIAN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 LAST FIRST MIDDLE

**BOX B – For a Child Who Does Not Need a Lead Test (Complete and sign if child is NOT enrolled in Medicaid AND the answer to EVERY question below is NO):**

Was this child born on or after January 1, 2015?  YES  NO  
 Has this child ever lived in one of the areas listed on the back of this form?  YES  NO  
 Does this child have any known risks for lead exposure (see questions on reverse of form, and talk with your child's health care provider if you are unsure)?  YES  NO

If all answers are NO, sign below and return this form to the child care provider or school.

Parent or Guardian Name (Print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If the answer to ANY of these questions is YES, OR if the child is enrolled in Medicaid, do not sign Box B. Instead, have health care provider complete Box C or Box D.

**BOX C – Documentation and Certification of Lead Test Results by Health Care Provider**

Test Date	Type (V=venous, C=capillary)	Result (mcg/dL)	Comments

Comments:

Person completing form:  Health Care Provider/Designee OR  School Health Professional/Designee

Provider Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

**BOX D – Bona Fide Religious Beliefs**

I am the parent/guardian of the child identified in Box A, above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any blood lead testing of my child.

Parent or Guardian Name (Print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**This part of BOX D must be completed by child's health care provider:** Lead risk poisoning risk assessment questionnaire done:  YES  NO

Provider Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

## HOW TO USE THIS FORM

The documented tests should be the blood lead tests at 12 months and 24 months of age. Two test dates and results are required if the first test was done prior to 24 months of age. If the first test is done after 24 months of age, one test date with result is required. The child's primary health care provider may record the test dates and results directly on this form and certify them by signing or stamping the signature section. A school health professional or designee may transcribe onto this form and certify test dates from any other record that has the authentication of a medical provider, health department, or school. All forms are kept on file with the child's school health record.

### At Risk Areas by ZIP Code from the 2004 Targeting Plan (for children born BEFORE January 1, 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co. (Continued)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continued)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's (Continued)</u>	<u>Queen Anne's (Continued)</u>
ALL	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	ALL	20783	20770	ALL
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	ALL	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	ALL	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	ALL	21762		20722	21623	ALL
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						ALL
						<u>Worcester</u>
						ALL

### Lead Risk Assessment Questionnaire Screening Questions:

1. Lives in or regularly visits a house/building built before 1978 with peeling or chipping paint, recent/ongoing renovation or remodeling?
2. Ever lived outside the United States or recently arrived from a foreign country?
3. Sibling, housemate/playmate being followed or treated for lead poisoning?
4. If born before 1/1/2015, lives in a 2004 "at risk" zip code?
5. Frequently puts things in his/her mouth such as toys, jewelry, or keys, eats non-food items (pica)?
6. Contact with an adult whose job or hobby involves exposure to lead?
7. Lives near an active lead smelter, battery recycling plant, other lead-related industry, or road where soil and dust may be contaminated with lead?
8. Uses products from other countries such as health remedies, spices, or food, or store or serve food in leaded crystal, pottery or pewter.





**2020-2021 School Year**

HIPAA Compliant Authorization for Exchange of Health and Educational Information:  
This form authorizes the two agencies listed below to exchange information from the records of:

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
[el nombre de estudiante] [fecha de nacimiento] [grado]

Agency 1

AND

Agency 2

Archbishop Borders

Practice Name \_\_\_\_\_  
[el nombre de la práctica médica]

Lisa Dillon, RN, School Nurse

Provider Name/Title: \_\_\_\_\_  
[el nombre y título del proveedor de salud]

3500 Foster Ave

Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Baltimore, MD 21224

City \_\_\_\_\_  
[ciudad: estado: código postal]

P: 410.276.6534; F: 410.276.6915

P/F: \_\_\_\_\_  
[teléfono/fax]

Email: [ldillon@abbschool.com](mailto:ldillon@abbschool.com)

Email/correo electrónico: \_\_\_\_\_

This disclosure is intended for: Health Assessment, Planning, Medication Administration, and/or Treatment.

The information disclosed may include: Patient Health Care Records [medical file], a Health Inventory, Emergency forms, Medical Protocols, Medication Forms, Immunization Records, and other medical records as needed.

All confidential medical information pertaining to my student will be kept in the student's health file and securely stored as mandated by the Code of Maryland Regulations.

This authorization is valid for one school year. It will expire on June 30<sup>th</sup>, 2021.

I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records, once received by Archbishop Borders School, may not be protected by the HIPAA Privacy Act and may become education records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act [FERPA].

Faxes/copies of this release are acceptable as original.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature [firma del padre o tutor]

\_\_\_\_\_  
Date [fecha]

**HIPAA traducción para familias que hablan español; solo con fines informativos.**

Por favor lea para comprender, pero necesita su firma y la fecha en el lado de Inglés.  
Gracias.

Este formulario nos permite hablar con el proveedor de atención médica de su estudiante, cuando sea necesario, para obtener registros médicos y / o de salud mental y del comportamiento.

-----

**2020-2021 Año Escolar**

Compatible con la autorización para el intercambio de información de salud y educación HIPAA:

Este formulario autoriza a las dos agencias para intercambiar información de los registros de su hijo.

Esta divulgación tiene propósito para: evaluación de salud, planificación, administración de medicación y/o tratamiento.

La información divulgada puede incluir: registros de atención médica del paciente [archivo médico], un inventario de salud, formas de emergencias, protocolos médicos, registros de inmunización y otros registros médicos según sea necesario.

Toda la información médica es confidencial referente a mi estudiante se mantendrá en el archivo de salud del estudiante y almacenada de forma segura como exige el código de regulaciones de Maryland.

Esta autorización es válida por un año escolar. Expirará el 30 de junio de 2021.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar notificación de retirar de mi consentimiento por escrito. Yo reconozco que los registros de salud, recibidos por el Archbishop Borders, pueden no ser protegidos por el acto de privacidad HIPAA y pueden convertirse en registros de educación, protegidos por el acto de privacidad de los derechos educativos de familias. [FERPA].

Faxes o copias de esta versión son aceptables como original.

**Consent for the Administration of Over the Counter Medications for the 2020-2021 school year//**  
**Consentimiento para la administración de medicamentos sin receta para el año escolar 2020-2021.**

**[This form must be signed by both the parent/guardian AND the healthcare provider]**

Student Name/Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ DOB/fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grade/grado: \_\_\_\_\_

Known Allergies/alergias conocidas: \_\_\_\_\_

List any chronic condition[s] your child may have / enumere cualquier condición crónica que su hijo/a pueda tener:

List any long-term medication[s] your child receives / enumere cualquier medicamento de uso prolongado que su hijo/a reciba:

PLEASE CHECK ONE BOX BELOW:

I DO NOT want any Over the Counter Medications [OTC] administered to my child / **NO QUIERO** que se le administren a mi hijo/hija medicinas sin receta médica.

I give permission for my child to receive the medications checked below on this form when appropriate. Either the School Nurse or the Medication Technician in concert with the School Nurse will administer the medication. I understand that generic equivalent medications may be used. Doy permiso para que mi hijo/hija reciba los medicamentos marcados a continuación en este formulario, cuando sea apropiado. La enfermera de la escuela o el técnico de la medicación (de acuerdo con la enfermera de la escuela), administrará el medicamento. Entiendo que se pueden usar medicamentos genéricos equivalentes.

**Coughs/Sore Throats (Mild) / Para Tos / Dolor de garganta (ligero)**

\_\_\_\_\_ Cough Drops [by mouth] / Pastillas para la Tos [por la boca]  
\_\_\_\_\_ Vicks VapoRub [topical application to chest] / Vicks Vapor Rub [aplicación tópica en el pecho]

**For Cuts, Scrapes, and Minor Burns [topical application] / Para cortes, raspaduras y quemaduras menores [aplicación tópica]**

\_\_\_\_\_ Triple Antibiotic Ointment; First Aid Burn Cream / Ungüento Antibiótico Triple, Crema de primeros auxilios para quemaduras

**Muscle Aches [topical application] / Para dolores musculares [aplicación tópica]:**

\_\_\_\_\_ BenGay Gel

**Minor Mouth Irritation [topical application] / Para Irritación ligera de la boca [aplicación tópica]:**

\_\_\_\_\_ Anbesol [pain relief for toothaches, oral irritation] / Anbesol [para los dolores de dientes, irritación oral]  
\_\_\_\_\_ Campho-Phenique [pain relief for cold sores] / Campho-Phenique [para el dolor de herpes labial]  
\_\_\_\_\_ GlyOxide [antiseptic cleanser for orthodontic appliance irritation, canker sores] / GlyOxide [antiséptico para la irritación del aparato ortodóntico]

**Skin Irritation/Itching/Bee Sting [topical application] / Para Irritación de la Piel / Picazón / Picadura de abeja [aplicación tópica]:**

\_\_\_\_\_ Calamine Lotion / Loción Calamina; Benadryl Kids Anti-Itch Gel / Benadryl para Niños; Hydrocort with Aloe / Hydrocort con Aloe; Sting-Kill

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Phone Number / Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Health Care Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Office Number

**Lisa Dillon, RN, BA**

School Nurse | Enfermera de la Escuela

[ldillon@abbschool.com](mailto:ldillon@abbschool.com)

Archbishop Borders School; 3500 Foster Avenue, Baltimore, MD 21224

410-276-6534 phone // 410-276-6915 fax



ORAL HEALTH IMPACT PROJECT

**¡EL DENTISTA VENDRÁ A SU ESCUELA!**  
 Nuestra escuela se unió con  
**Oral Health Impact Project para ofrecer cuidado  
 dental en la escuela SIN COSTO\* para usted.**

**Cuidar de los dientes de su niño(a) es importante para mantenerlos sanos.**

FÁCIL Y CONVENIENTE - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, igual proporcionará una limpieza y tratamiento de fluoruro. También proporcionará sellantes y rayos-x tal sean necesarios. Tratamiento adicional como rellenos podrían ser propocionados. El reporte incluye el tratamiento recibido y tratamiento requerido. ¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!

**LLENE POR FAVOR**

Nombre Legal del Niño(a)		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grado
Padre/Tutor Legal		Teléfono ( )	
Correo electrónico		Teléfono Alt. ( )	

**PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE**

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). Si No, escribe ninguno.

Anote los medicamentos que este tomando

Anote cualquier problemas dental

**NIÑO(A) TIENE MEDICAID/**

Llene los 11-dígitos de Medicaid del Niño(a) AQUÍ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Medicaid cubren 100% del tratamiento

**NIÑO(A) TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO**

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid)

Tel. del Seg

# Grupo

Empleador

Tel. del Empleador

Nombre del Adulto Asegurado

**FECHA DE NACIMIENTO DEL ADULTO ASEGURADO**

# Póliza/ID

**NIÑO(A) NO TIENE SEGURO DENTAL**

**SÍ!** Quisiera que alguien me contacte con información adicional.

**LEA Y FIRME ABAJO**

Solicito que el dentista realice una revisión dental a mi hijo(a) en la escuela la cual cubrirá el examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, y rayos-x como sean necesarios, así como otros trabajos dentales según la necesidad, incluyendo rellenos, extracciones de dientes de leche infectados, adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos como se describe con más detalles en la parte posterior de esta página. Este permiso es válido desde la fecha de la firma hasta que mi estudiante ya no sea un estudiante de sistema escolar, al menos que retire mi consentimiento por escrito. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo del salud de mi hijo(a) a 866-916-6447. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

**FIRME Y FECHA AQUÍ**

\_\_\_\_\_

FECHA

**PREGUNTAS : OHIP 1-866-916-6447**

Visit us at: [ohip.us](http://ohip.us)

Para su privacidad doble y asegure.



ORAL HEALTH IMPACT PROJECT

## IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize OHIP Pennsylvania, PC and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. I authorize the dentist to fill any cavities or to place a crown over the tooth if needed. I authorize Provider to extract any problem baby teeth or perform a pulpotomy (treatment of the nerves inside the tooth) as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the injection of a local anesthetic or allergic reaction. (For additional information regarding the risks of treatment and treatment alternatives, please call the number provided.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payer. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form. I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. This permission is valid from the date of signature until my student is no longer in the school system, unless I withdraw consent in writing. I may withdraw this consent at any time in writing.

Entiendo y autorizo a OHIP Pennsylvania, PC y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño(a) mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes. Autorizo al dentista a que atienda cualquier carie o coloque una corona sobre el diente si es necesario. Autorizo al Proveedor a extraer cualquier diente de leche con problema o realizar una endodoncia (tratamiento de los nervios dentro del diente), como sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor que puede ocurrir de la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternos por favor llame al número proporcionada.) Autorizo y dirijo al Proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciona en esta forma de consentimiento. He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo(a), incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a), pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Este permiso es válido desde la fecha de la firma hasta que mi estudiante ya no sea un estudiante de sistema a escolar, al menos que retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

## MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

### AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

#### NUUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

#### USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

**Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo:**

**Tratamiento:** Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le esté proveyendo tratamiento.

**Pagos:** Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted. Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

**Su Autorización:** Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

**A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

**Requerido por La Ley:** podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

**Seguridad Pública:** Podemos dar información médica a oficiales la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

**Abuso o Negligencia:** Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

**Seguridad Nacional:** Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionar recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

**Actividades de Supervisión de Salud:** Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

**Demandas y Disputas:** Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También

podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

**Otros Usos y Revelaciones:** Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorean la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de evocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

#### DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

**Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónico:** A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

#### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: HIPAA Officer

Teléfono: 1-866-916-6447

Fax: 1-844-751-0258

email: HIPAA@OHIP.US

Fecha efectiva: August 1, 2016



## RECORD OF DENTAL EXAM

### INSTRUCTIONS: Instrucciones

Please complete Section I of this form and ask your child’s dentist or dental hygienist to complete and sign Section II of this form. Please return the completed form to the health room or upload to SchoolAdmin.

Por favor complete la Sección I de este formulario y pida al dentista o higienista dental de su hijo que complete y firme la Sección II de este formulario. Por favor, devuelva el formulario completado a la sala de salud o cargue en SchoolAdmin.

Help in locating a dentist/dental hygienist may be obtained by contacting the Maryland State Dental Association at [www.msda.com](http://www.msda.com). If you do not have access to dental care, please complete the OHIP form.

Se puede obtener ayuda para localizar a un dentista/higienista dental poniéndose en contacto con la Asociación Dental del Estado de Maryland en [www.msda.com](http://www.msda.com). Si no tiene acceso a atención dental, complete el formulario OHIP.

### SECTION I: To be completed by Parent/Guardian: Padres, completen esto:

Name of Student/Nombre de Estudiante	Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Grade/Grado

### SECTION II: To be completed by the Dental office. This is to certify that I have

**examined the teeth of:** \_\_\_\_\_

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.

Further recommendations \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name of Dentist/Dental Hygienist

\_\_\_\_\_  
Telephone

\_\_\_\_\_  
Signature of Dentist/Dental Hygienist

\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Fax Number