

**ESTADO DE ILLINOIS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO(A)**

Por favor escriba en letra de molde

<b>Nombre del Estudiante</b>				<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Sexo</b>			<b>Escuela</b>			<b>Grado / Núm. de Identificación</b>									
Apellido		Nombre		Inicial		Mes/Día/ Año																
Dirección		Calle		Ciudad		Zona Postal		Padres / Tutor			Núm. de Teléfono de Casa			Trabajo								
<b>VACUNAS:</b> Para ser completado por el proveedor de cuidado d salud. Indique el mes/día/año para <u>cada</u> dosis administrada. El día y el mes se requiere si usted no puede determinar si la vacuna se administró <u>después</u> del intervalo mínimo o edad. Si una vacuna específica está médicamente contraindicada, una declaración aparte por escrito se debe adjuntar explicando la razón médica por esta contraindicación.																						
<b>VACUNAS / DOSIS</b>				1 MES DÍA AÑO			2 MES DÍA AÑO			3 MES DÍA AÑO			4 MES DÍA AÑO			5 MES DÍA AÑO			6 MES DÍA AÑO			
Difteria, Tétano y Pertusis (DTP o DTaP)																						
Difteria y Tétano (DT o Td Pediátrica)																						
Polio Inactivo (IPV)																						
Polio Oral (OPV)																						
Haemófilo influenza tipo b (Hib)																						
Hepatitis B (HB)																						
Varicela (Chickenpox)																						
Combinado Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)																						
Sarampión (Rubéola)																						
Rubéola (sarampión de 3-días)																						
Paperas																						
Neumocócico (no se requiere para ingresar a la escuela)				<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	<input type="checkbox"/> PCV7	<input type="checkbox"/> PPV23	
Marque tipo específico (PCV7, PPV23) Fecha																						
Otro (Especifique: Hepatitis A, meningococcal),																						
<b>Proveedor de Cuidado de Salud (MD, APN, PA, profesional de salud escolar, oficial de salud) que verifica el historial de vacunas arriba tiene que firmar a continuación.</b>																						
Firma				Título						Fecha												
Firma				Título						Fecha												
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)																						
Firma				Título						Fecha												
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)																						

<b>COMPROBANTE ALTERNATIVO DE INMUNIDAD</b>															
1. El diagnóstico clínico se acepta si es verificado por un médico * (Todos los casos de <u>sarampión</u> diagnosticados en o después del 1ero de julio de 2002, se deben comprobar por medio de evidencia de laboratorio.)															
*SARAMPIÓN (Rubéola) MES DÍA AÑO PAPERAS MES DÍA AÑO VARICELA MES DÍA AÑO Firma del Médico															
2. El historial de la enfermedad de varicela (chickenpox) se acepta si se comprueba por un proveedor de cuidado de salud, profesional de salud escolar u oficial de salud. La persona que firma a continuación verifica que la descripción del padre / tutor del historial de enfermedad de la varicela indica una infección pasada y acepta tal historial como documentación de la enfermedad.															
Fecha de la Enfermedad:				Firma			Título			Fecha					
3. Confirmación del laboratorio (marque uno) <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicela															
Resultados de Laboratorio				Fecha			MES DÍA AÑO			(Adjunte copia del reporte de laboratorio, si está disponible.)					

<b>DATOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE VISIÓN Y AUDICIÓN</b>															
Pre-escolar- anualmente comenzando a la edad de 3, Edad escolar – en el grado requerido durante el año escolar.															
Fecha															
Edad/Año															
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
Visión															
Audición															
Código: P = Pasó F = Falló U = No se pudo examinar R = Referido G/C=Lentes/ Lentes de Contacto															

Imprimió con la Autoridad del Estado de Illinois  
(Complete Ambos Lados)

<b>Nombre del Estudiante</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escuela</b>	<b>Grado / Núm. De Ident.</b>
Apellido	Nombre	Inicial	Mes / Día / Año			

<b>HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD</b>						
<b>ALERGIAS</b> (Alimentos, drogas, insectos, otro)			<b>MEDICINAS</b> (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnóstico de Asma?	Si	No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Testículos)	Si	No
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?	Si	No		¿Hospitalizaciones?	Si	No
¿Defectos de Nacimiento?	Si	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Si	No
¿Retrasos del Desarrollo?	Si	No		¿Cirugía? (Anótelas Todas)	Si	No
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique	Si	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Si	No
¿Diabetes?	Si	No		¿Heridas Graves o Enfermedad?	Si	No
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?	Si	No		¿Prueba positiva de la piel para el TB (Pasado o Presente)?	Si *	No
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?	Si	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Si *	No
¿Problemas Cardíacos / Falta de Respiración?	Si	No		¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?	Si	No
¿Soplo Cardíaco / Presión Arterial Alta?	Si	No		¿Uso de Alcohol / Drogas?	Si	No
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?	Si	No		¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)	Si	No
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes • Lentes de Contacto • Último Examen _____				Dental • • Ganchos • • Puente • • Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizzo, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)				¿Otras Preocupaciones?		
¿Problemas de Audición?	Si	No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?				<b>Firma del Padre / Tutor</b>		<b>Fecha</b>

LA SECCIÓN TOTAL QUE SIGUE DEBE SER COMPLETADA POR MD/DO/APN/PA (\* INDICA EXAMINACIÓN ORDENADA POR INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA DEL ESTADO)

<b>REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO</b>	<b>ALTURA</b>	<b>PESO</b>	<b>BMI</b>	<b>B/P</b>
------------------------------------	---------------	-------------	------------	------------

**EVALUACIÓN DE DIABETES BMI > 85% edad / sexo** Si  No  Y uno de los dos siguientes: **Historial Familiar** Si  No  **Minoría étnica** Si  No   
**Muestras de Resistencia a la Insulina** (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Si  No  **Está en Riesgo** Si  No

**CUESTIONARIO DEL PLOMO\*** se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela con licencia o escuela pública, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil y / o kindergarten.  
 ¿Se Indicó Examen de Sangre? Si  No  **Fecha del Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ **Resultado de Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ (Si el niño(a) reside en Chicago, se requiere examen de la sangre.)

**Examen de la piel para el TB** Se recomienda sólo para niños en grupos de alto riesgo, incluye a niños que tienen sistema inmune supreso debido a infección del VIH (HIV) u otras condiciones, inmigrantes recién llegados de países de alta prevalencia, o aquellos adultos expuestos en categorías de alto riesgo. Vea las guías del CDC. **Fecha que se leyó** / / **Resultado** mm

PRUEBAS DE LAB. *INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO	Fecha	Resultados	Fecha	Resultados
Hemoglobina * o Hematocrito*				
Análisis de Orina				
		Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como se requiriera)		
		Otro		

SISTEMA DE REVISIÓN	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades
Piel			Endocrino	
Oídos			Gastrointestinal	
Ojos	Normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evaluación objetiva Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado _____ Ambliopía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrísta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Génito-Urinario	LMP
Nariz			Necrológico	
Garganta			Músculo esquelito	
Boca / Dental			Examinación de espina dorsal	
Cardiovascular/HTN			Estado de Nutrición	
Respiración			Salud Mental	

<b>NECESIDADES/MODIFICACIONES</b> requeridas en el ámbito escolar	<b>DIETA</b> Necesidades / Restricciones
---	--

**INSTRUCCIONES ESPECIALES/ DISPOSITIVOS** ejem. lentes de protección, ojo de vidrio, protector de pecho para la arritmia, marcapasos, aparato de prótesis, puentes dentales, dentaduras, sostén / copa para deportes

**SALUD MENTAL / OTRO:** ¿Piensa usted que hay algo más que la escuela debe saber sobre el estudiante?  
 Si a usted le gustaría hablar de la salud de este estudiante con la escuela o personal de salud escolar, marque el título:  Enfermera  Maestro  Consejero  Principal

**ACCIÓN DE EMERGENCIA** se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejem., convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias de alimentos, alergia al cacahuete (mani), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? Si  No  Si contestó sí, por favor descríbalo.

Basado en el examen de este día, yo apruebo que este niño(a) participe en: **(Si la respuesta es No o es Modificada, por favor adjunte explicación)**  
 EDUCACIÓN FÍSICA Si ? No ? **Modificada ?** **DEPORTES ENTRE ESCUELAS** (por un año) Si  No  **Limitado**

<b>Médico / Enfermera de Práctica Avanzada / Asistente de Médico que hace el examen</b>		
Nombre (letra de molde)	Firma	Fecha
Dirección	Teléfono	

(Complete ambos lados)