

Utilice este formulario para informar sobre la salud física de su hijo(a) a su escuela/instalación de cuidado infantil. Así lo exige el Código Oficial del DC, sección 38-602. Pídale a un profesional médico con licencia que complete la parte 2 - 4. Acceda a los programas de seguro médico en [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com). Puede ponerse en contacto con el personal de Health Suite por medio de la oficina del director de la escuela de su hijo(a).

Parte 1: Información personal del menor   Debe completarlo el padre/madre/tutor.					
Apellido del menor:		Nombre del menor:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o guardería:			Nivel escolar del estudiante:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	
Dirección particular:		Dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Etnia (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Nombre del padre/madre o tutor:			Teléfono del padre/madre/tutor:		
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono del contacto de emergencia:		
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Nombre/n.º de identificación del seguro:			
¿Ha visitado el estudiante a un odontólogo/proveedor de servicios dentales en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<p>Autorizo al examinador/instalación médica que firma a compartir la información de salud en este formulario con la escuela de mi hijo(a), la instalación de cuidado infantil, el campamento o la agencia gubernamental del DC correspondiente. Además, dejo constancia de que comprendo y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil en virtud de la sección 17-107 de la Ley del DC por actos u omisiones, salvo ante actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe rellenarse y devolverse a la escuela de mi hijo(a) cada año.</p> <p>Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____</p>					
Parte 2: Historial médico, examen y recomendaciones del menor   Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.					
Fecha del examen médico:	Presión arterial: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ANML ____/____	Peso: <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	Altura: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	IMC:	Percentil del IMC:
<p><b>Nivel de agudeza (claridad) visual:</b> Para los niños de 3 a 6 años, solo se requiere un (Aprobado/Reprobado). Para los mayores de 6 años se requieren niveles de agudeza visual para esta sección.</p>					
Evaluación de la vista:	Ojo izquierdo: 20/____ Ojo derecho: 20/____ I: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado D: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado	<input type="checkbox"/> Corregido <input type="checkbox"/> Sin corregir	<input type="checkbox"/> Usa gafas	<input type="checkbox"/> Remitido	<input type="checkbox"/> No probado
<p><b>Evaluación de audición:</b> (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Reprobada <input type="checkbox"/> No probada <input type="checkbox"/> Utiliza un dispositivo <input type="checkbox"/> Remitido</p>					

**¿Tiene el menor alguno de los siguientes problemas de salud?** (marque todos los que correspondan e indique detalles a continuación)

- |                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Retraso en el crecimiento | <input type="checkbox"/> Células falciformes (Sickle Cell Disease)                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Autismo            | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca    | <input type="checkbox"/> Alergias significativas a alimentos/medicamentos/ambientes que puedan requerir atención médica de urgencia. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| <input type="checkbox"/> De comportamiento  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal       | <input type="checkbox"/> Medicamentos de larga duración, de venta libre (OTC) o que requieran cuidados especiales. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i>                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer             | <input type="checkbox"/> Lenguaje/habla            | <input type="checkbox"/> Historial médico significativo, afecciones, enfermedades transmisibles o restricciones. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i>                     |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Obesidad                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> De desarrollo      | <input type="checkbox"/> Escoliosis                |                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Convulsiones              |                                                                                                                                                                                     |

**Indique los detalles. Si el menor tiene alguna receta o tratamiento, adjunte un formulario completo del medicamento o plan de tratamiento médico y aclare si se remitió al menor.**

**Evaluación de tuberculosis** | La prueba de tuberculosis (TB) positiva debe remitirse al proveedor de atención primaria para su evaluación. Si tiene preguntas, llame al Programa de Control de la TB de DC Health al 202-698-4040. Visite [dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics](https://dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics) para obtener más información sobre la tuberculosis.

¿Cuál es el nivel de riesgo de tuberculosis del niño?	Fecha de la prueba cutánea:	Fecha del análisis de sangre IGRA:
<input type="checkbox"/> Alto > Complete una prueba cutánea o análisis de sangre IGRA <input type="checkbox"/> Bajo	<b>Resultados de la prueba cutánea:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo, CXR negativo <input type="checkbox"/> Positivo, CXR positivo <input type="checkbox"/> Positivo, tratado	<b>Resultados del IGRA:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Positivo, tratado

**Notas adicionales sobre la prueba de tuberculosis:**

**Evaluación del riesgo de exposición al plomo** | Todos los niveles de plomo deben informarse al Programa de Prevención de Intoxicación por Plomo en Niños del DC. Llame al (202) 481-3837 o envíe un fax al (202) 535-2607.

<b>SOLO PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS</b> Todos los niños deben someterse a 2 pruebas de plomo antes de los 2 años	1.º fecha de la prueba:	1.º resultado:	Nivel de plomo en el 1.º suero/punción digital:
	2.º fecha de la prueba:	2.º resultado:	Nivel de plomo en el 2.º suero/punción digital:
	3.º fecha de la prueba:	3.º resultado:	Nivel de plomo en el 3.º suero/punción digital:

**Parte 3: Información sobre la vacunación | Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.**

Apellido del menor:	Nombre del menor:				Fecha de nacimiento:		
Vacunas	En las casillas siguientes, indique las fechas de las vacunas (MM/DD/AA)						
Difteria, tétanos, tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
Difteria (DT) (<7 años)/tétanos (Td) (>7 años)	1	2	3	4	5		
Refuerzo de difteria, tétanos, tos ferina (Tdap)	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTap-IPV-Hib	1	2	3				
DTap-HepB-IPV	1	2	3				
DTap-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4			
Poliomielitis (vacuna inactivada contra la poliomielitis [IPV], vacuna oral contra el poliovirus [OPV])	1	2	3	4			
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	1	2					
Sarampión	1	2					
Paperas	1	2					
Rubéola	1	2					
Varicela	1	2	El menor tuvo varicela (mes y año): _____				
			Verificado por (nombre y cargo): _____				
Antineumocócica conjugada	1	2	3	4			
Hepatitis A (HepA) (nacidos el 01/01/2005 o después)	1	2					
Virus del papiloma humano (VPH)	1	2	3				
Vacuna antimeningocócica (ACWY)	1	2					
Gripe (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recomendada)	1	2	3				
COVID-19/Coronavirus (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Otro	1	2	3	4	5	6	7

El menor está **atrasado con las vacunas** y existe un plan para que se ponga al día.  
**La próxima cita es:** \_\_\_\_\_

### Exención médica (si corresponde)

Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene una contraindicación médica válida para recibir en este momento la vacuna contra:

- Difteria     Tétanos     Tos ferina     Hib     HepB     Poliomielitis (los 3 serotipos)     Sarampión  
 Paperas     Rubéola     Varicela     Neumococo     HepA     Meningocócica (ACWY)     VPH  
 COVID-19/CORONAVIRUS

¿Esta contraindicación médica es permanente o temporal?

- Permanente     Temporal hasta (fecha): \_\_\_\_\_

### Prueba alternativa de inmunidad (si corresponde)

Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene pruebas de laboratorio que indican inmunidad a lo siguiente y he adjuntado una copia de los resultados del título de anticuerpos.

- Difteria     Tétanos     Tos ferina     Hib     HepB     Poliomielitis (los 3 serotipos)     Sarampión  
 Paperas     Rubéola     Varicela     Neumococo     HepA     VPH

**Parte 4: Certificaciones de profesionales de atención médica con licencia | Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.**

Se examinó debidamente al menor y su historial médico se revisó y registró de acuerdo con los puntos especificados en este formulario. En el momento del examen, el menor **goza de buena salud** para participar en todas las actividades de la escuela, el campamento o guardería, excepto en los casos indicados.  No     Sí

El/ la menor está autorizado a practicar deportes de competición.  N/C     No     Sí     Sí, a la espera de una autorización adicional de: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que he examinado al menor y que la información registrada aquí se determinó como resultado del examen.

**Sello de la oficina del proveedor de atención médica autorizado**

**Nombre del proveedor:**

**Teléfono del proveedor:**

**Firma del proveedor:**

**Fecha:**

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA | Certificado Universal de Salud recibido por la autoridad escolar y el personal del Health Suite.**

**Nombre de la autoridad escolar:**

**Firma:**

**Fecha:**

**Nombre del personal del Health Suite:**

**Firma:**

**Fecha:**