

Certificado Universal de Salud

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 <https://dchealthlink.com>. Puede comunicarse con el personal del Health Suite por medio de la oficina del director de la escuela de su hijo(a).

Parte 1: Información personal del niño/a | Debe completarla el padre, madre o tutor.

Apellido del niño/a:		Nombre del niño/a:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil:			Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario		
Dirección:		Dpto.:	Ciudad:		Estado:
Código postal:					
Origen étnico: (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/no Latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Raza: (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/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 o 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:			
¿El niño/a ha visitado a un odontólogo/proveedor de servicios dentales en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
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.					
Firma del padre/madre o tutor: _____			Fecha: _____		

Parte 2: Historial médico, examen y recomendaciones del niño/a | 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"/> LB <input type="checkbox"/> KG	Altura: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	IMC:	Percentil de IMC:
Evaluación de la vista: Ojo izquierdo: 20/____ Ojo derecho: 20/____	<input type="checkbox"/> Corregido <input type="checkbox"/> Sin corregir	<input type="checkbox"/> Usa gafas	<input type="checkbox"/> Recomendado	<input type="checkbox"/> No probado	
Evaluación de audición: (marque todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Reprobado	<input type="checkbox"/> No probado	<input type="checkbox"/> Utiliza un dispositivo	<input type="checkbox"/> Recomendado

¿El niño/a tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (marque todas las opciones que correspondan e indique los detalles a continuación)

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

Indique los detalles. Si el niño/a tiene alguna receta/tratamiento, adjunte un formulario completo del medicamento/plan de tratamiento médico; y aclare si se remitió al niño/a.

Evaluación de tuberculosis | La prueba cutánea de la tuberculina (TST) positiva debe remitirse al médico de atención primaria para su evaluación. Si tiene preguntas, llame a la División de Control de la Tuberculosis al 202-698-4040.

¿Cuál es el nivel de riesgo de tuberculosis del niño/a? <input type="checkbox"/> Alto → Complete la Prueba cutánea o prueba QuantiFERON <input type="checkbox"/> Bajo	Fecha de la prueba cutánea:	Fecha de la prueba QuantiFERON:			
	Resultados de la prueba cutánea:	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo, CXR negativo	<input type="checkbox"/> Positivo, CXR positivo	<input type="checkbox"/> Positivo, tratado
	Resultados de la prueba QuantiFERON:	<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 202-654-6002 o envíe un fax al 202-535-2607.

SOLO PARA NIÑOS/AS MENORES DE 6 AÑOS <i>Todos los niños deben someterse a 2 pruebas de plomo antes de los 2 años</i>	1.ª fecha de la prueba:	1.º resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 1.º suero/punción digital:
	2.ª fecha de la prueba:	2.º resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 2.º suero/punción digital:

Fecha de la prueba hemoglobina (HGB)/hematocrito (HCT): _____ **Resultado de la prueba HGB/HCT:** _____

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

Apellido del niño/a: _____ **Nombre del niño/a:** _____ **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						
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 niño/a tuvo varicela (mes y año): Verificado por: _____ (nombre y cargo)				
Vacuna neumocócica conjugada	1	2	3	4			
Hepatitis A (HepA) (nacidos el 01/01/2005 o después)	1	2					
Vacuna antimeningocócica	1	2					
Virus del Papiloma Humano (VPH)	1	2	3				
Gripe (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recomendada)	1	2	3				
Coronavirus (COVID)	1	2	3	4	5	6	7
Otro	1	2	3	4	5	6	7

El niño/a está **atrasado en 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:

- | | | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> HepB | <input type="checkbox"/> Polio mielitis | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Neumococo | <input type="checkbox"/> HepA | <input type="checkbox"/> Meningococo | <input type="checkbox"/> VPH |
| <input type="checkbox"/> COVID-19/corinavirus | | | | | | |

¿Esta contraindicación médica es permanente o temporal?
 Permanente
 Temporal hasta: _____ (fecha)

Motivo de la exención médica: _____

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.

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> HepB | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Sarampión |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

Parte 4: Certificaciones de profesionales de atención médica con licencia | Debe ser completado por un proveedor de atención médica autorizado.

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

Este niño/a 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 a este niño/a y que la información registrada aquí se determinó como resultado del examen.

Sello de la oficina del proveedor de atención médica con licencia

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: