

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.

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

**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 poliomiélitis [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:**