

Registro de examen físico de las escuelas de Maryland

A los padres, madres o tutores:

Para que su hijo/a ingrese por primera vez a una escuela pública de Maryland, se necesita lo siguiente:

- **Un examen físico realizado por un/a médico/a o enfermero/a practicante certificado/a en los nueve meses anteriores a ingresar al sistema escolar público o en los seis meses posteriores al ingreso en el sistema.** Para cumplir este requisito, se debe presentar un formulario de Examen Físico indicado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education) y por el Departamento de Salud de Maryland (MDH, Maryland Department of Health).
<http://www.dsd.state.md.us/comar/comarhtml/13a/13a.05.05.07.htm>.
- **Se requiere un certificado de vacunación primaria completo contra ciertas enfermedades transmisibles de la infancia para todos los estudiantes de preescolar hasta el 12vo grado.** Para los estudiantes que se inscriban por primera vez, pueden obtener un Certificado de Vacunación (Formulario del MDH 896) del departamento local de salud o del personal de la escuela. El Certificado de Vacunación, o un formulario de registro de vacunación impreso o generado por computadora, y las vacunas necesarias deben completarse antes de que el/la niño/a asista a la escuela. El formulario 896 del MDH puede encontrarse en
https://health.maryland.gov/phpa/OIDEOR/IMMUN/Shared%20Documents/MDH_896_form.pdf.
- **Se requiere un certificado de análisis de sangre a todos los estudiantes que residan en una zona de riesgo al ingresar por primera vez a preescolar, a jardín y a primer grado.** Debe presentarse un Certificado de Análisis de Plomo en la Sangre (formulario 4620 del MDH) (u otro documento escrito firmado por un profesional de la salud) para cumplir este requisito. El formulario 4620 del MDH puede encontrarse en
https://health.maryland.gov/phpa/OEHFP/EH/Documents/Final_MDHBloodLeadTestingCertificate_4620.pdf?csf=1&e=k6VX0e.

Se permiten exenciones del examen físico, de las vacunas o del análisis de plomo en la sangre si alguno de estos va en contra de las creencias religiosas del estudiante o de su familia. Los estudiantes también podrán eximirse de los requisitos de vacunación si un/a médico/a o enfermero/a o funcionario/a del departamento de salud certifica que existe una razón médica para no recibir las vacunas. El Certificado de Análisis de Plomo en la Sangre debe ser firmado por un profesional de la salud que confirme que se ha completado un cuestionario de valoración de riesgos sobre el riesgo de intoxicación por plomo.

La información de salud en este formulario de Examen Físico estará disponible únicamente para el personal de salud y de educación que tengan un interés educativo legítimo en su hijo/a.

Rellene la Parte I de este formulario de Examen Físico. La Parte II del formulario debe ser rellena por un/a médico/a o enfermero/a o se debe adjuntar una copia del examen físico de su hijo/a al formulario de Examen Físico.

Si su hijo/a necesita que se le administren medicamentos en la escuela, debe hacer que un/a médico/a complete un formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos en la Escuela para cada medicamento que necesite.

Este formulario puede conseguirse en

<https://marylandpublicschools.org/about/Documents/DSFSS/SSSP/SHS/medforms/medicationform404.pdf>.

Si no tiene acceso a un/a médico/a o enfermero/a o su hijo/a necesita un procedimiento individualizado especial, contáctese con el/la directora/a o con la/el enfermero/a de la escuela de su hijo/a.

Retención de registros – Este formulario de Examen Físico se debe retener en los registros de la escuela hasta que el estudiante tenga 21 años de edad.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO: PARTE I – HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE
Debe ser rellenado por el/la padre, madre o tutor

| | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| Nombre completo del estudiante: | Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año) | Sexo (M/F): | Nombre de la escuela: | Grado/curso: |
| Domicilio (Casa/depto., número, calle, ciudad, Estado, código postal): | | | | Número de teléfono: |
| Nombre(s) del/de la padre, madre o tutor: | | | | |
| ¿A dónde suele llevar a su hijo/a para recibir los cuidados médicos de rutina? | Nombre del profesional: | Domicilio: | | Número de teléfono: |
| ¿Cuándo fue la última vez que a su hijo/a le realizaron un examen físico? | Mes: | Año: | | |
| ¿A dónde suele llevar a su hijo/a para que reciba atención odontológica? | Nombre del profesional: | Domicilio: | | Número de teléfono: |

VALORACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Según su leal saber y entender, ¿tiene su hijo/a algún problema como los siguientes? Marque todos los que correspondan

| Características de salud | Sí | No | Comentarios: |
|--|----|----|---|
| Alergias (comida, insectos, medicamentos, látex) | | | |
| Alergia (estacional) | | | |
| Reacciones alérgicas (graves) | | | |
| Asma o problemas para respirar | | | |
| Problemas emocionales o de comportamiento | | | |
| Malformaciones congénitas | | | |
| Trastornos hemorrágicos | | | |
| Parálisis cerebral | | | |
| Problemas odontológicos | | | |
| Diabetes | | | |
| Problemas auditivos o sordera | | | |
| Problemas oculares o de visión | | | |
| Lesión en la cabeza | | | |
| Problemas cardíacos | | | |
| Internación (¿Cuándo? ¿Dónde?) | | | |
| Exposición/intoxicación con plomo | | | |
| Problemas de aprendizaje/discapacidades | | | |
| Límites en la actividad física | | | |
| Meningitis | | | |
| Nacimiento prematuro | | | |
| Problemas de la vejiga | | | |
| Problemas en los intestinos | | | |
| Problemas de tos | | | |
| Convulsiones | | | |
| Anemia drepanocítica | | | |
| Problemas del habla | | | |
| Cirugías | | | |
| Otro | | | |
| ¿Su hijo/a toma alguna medicación? | | | Nombre(s) del(los) medicamento(s): |
| ¿Su hijo/a necesita algún tratamiento o procedimiento especial (por ejemplo, cateterismo o sondaje)? | | | Describe el(los) tratamiento(s)/procedimiento(s): |
| Firma del padre, madre o tutor: | | | Fecha: |

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO: PARTE II – EXAMEN DEL PROFESIONAL DE SALUD (página 1)

Debe ser rellenado **ÚNICAMENTE** por el/lamédico/a o enfermero/a

| | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| Nombre completo del estudiante | Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año) | Sexo: (M/F) | Nombre de la escuela: | Grado/curso: |
| 1. ¿Tiene el/la niño/a alguna enfermedad o condición médica diagnosticada? | No | Sí (especifique): | | |
| 2. ¿Tiene el/la niño/a alguna enfermedad o condición médica que pueda requerir tomar MEDIDAS DE EMERGENCIA mientras esté en la escuela (por ejemplo, convulsiones, alergia a la picadura de algún insecto, problemas de hemorragias, diabetes, problemas cardíacos o algún otro problema)? <i>(Nota: Si la respuesta es sí, debe elaborarse un plan de emergencia con la/el enfermero/a de la escuela)</i> | No | Sí (especifique): | | |

3. Basándose en la evaluación, ¿hay algún hallazgo anormal que le preocupe? Si lo hay, detalle el hallazgo o preocupación (seleccione todas las que correspondan).

| Examen Físico | Dentro de los parámetros normales | Fuera de los parámetros normales | Área de preocupación | Problema de salud que le preocupa | Sí | No |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------|--|----|----|
| Cabeza | | | | Déficit de atención/Hiperactividad | | |
| Ojos | | | | Comportamiento/Adaptación | | |
| Garganta, nariz y oídos | | | | Desarrollo | | |
| Odontológico | | | | Oído | | |
| Respiratorio | | | | Inmunodeficiencia | | |
| Cardíaco | | | | Exposición al plomo/Niveles elevados de plomo en la sangre | | |
| Gastrointestinal | | | | Problemas de aprendizaje/discapacidades | | |
| Génito urinario | | | | Movilidad | | |
| Músculo esquelético/Ortopédico | | | | Nutrición | | |
| Neurológico | | | | Enfermedad física/deterioro | | |
| Dermatológico | | | | Psicosocial | | |
| Endócrino | | | | Habla/Lenguaje | | |
| Psicosocial | | | | Vista | | |
| | | | | Otro | | |

Comentarios (detalle cualquier hallazgo anormal):

REGISTRO DE VACUNACIÓN: El formulario 896 del MDH debe ser completado por un profesional de la salud o se debe proporcionar un registro de vacunación generado por computadora.

| | | |
|---|----|---|
| 4. ¿Toma el/la niño/a alguna medicación? <i>(Nota: Debe rellenarse un formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos en la Escuela antes de poder administrar cualquier medicamento en la escuela).</i> | No | Sí (detalle la medicación y el diagnóstico): |
| 5. ¿Debe haber alguna restricción de actividad física en la escuela? | No | Sí (detalle la naturaleza y la duración de la restricción): |

| 6. Pruebas o análisis | Resultados | Fecha de administración |
|--|------------|-------------------------|
| Prueba de tuberculina | | |
| Presión sanguínea | | |
| Percentil de estatura | | |
| Peso | | |
| Percentil de masa corporal (IMC) | | |
| Análisis para detectar la presencia de plomo | (Opcional) | |
| Evaluación de audición | | |
| Evaluación de visión | | |

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO: PARTE II – EXAMEN DEL PROFESIONAL DE SALUD (continuación) (página 2)

Debe ser relleno **ÚNICAMENTE** por el/lamédico/a o enfermero/a

| | | |
|---|----|----|
| <p>(Ingrese el nombre del/de la niño/a) _____ se ha sometido a un examen físico completo y no tiene ningún problema(s) de salud evidente que pueda afectar al aprendizaje o la plena participación en la escuela. <i>(Nota: En caso de que sí haya algún problema(s) de salud, debe(n) ser detallado(s) en su totalidad en la página 1 de este formulario).</i></p> | Sí | No |
|---|----|----|

Comentarios adicionales:

| | | | |
|--|---------------------|---|--------|
| Nombre del/de la enfermero/a o profesional de salud (Escrito a máquina o en letra de imprenta): | Número de teléfono: | Firma del/de la enfermero/a o profesional de salud: | Fecha: |
|--|---------------------|---|--------|