

**Escuelas de Maryland
Registro de
examen físico**

A los padres de familia o tutores legales:

Para que su hijo ingrese a las escuelas públicas de Maryland por primera vez, se exige lo siguiente:

- **La realización de un examen físico por parte de un médico o enfermero especialista certificado, dentro de los nueve meses previos al ingreso al sistema escolar público o dentro de seis meses después de ingresar al sistema.** Para cumplir con este requisito, se utilizará un Formulario de examen físico designado por el Maryland State Department of Education y el Department of Health and Mental Hygiene. (<http://www.dsd.state.md.us/comar/13a/13a.05.05.07.htm>)
- **Evidencia completa de las vacunas principales contra ciertas enfermedades contagiosas de la infancia. Ésta se exige a todos los estudiantes, desde preescolar hasta el 12° grado.** Los estudiantes recién matriculados pueden obtener un Formulario de certificación de vacunas de Maryland en el departamento de salud local o con el personal de la escuela. El Formulario de certificación de vacunas (DHMH 896) o un formulario de registro de vacunas hecho en la computadora o impreso y las vacunas exigidas deben ser administradas antes de que el niño pueda asistir a la escuela. Puede encontrar este formulario en: <http://www.edcp.org/pdf/DHMH896new.pdf>.
- **Evidencia de un examen de sangre. Ésta se exige a todos los estudiantes que residan en un área designada como de riesgo, al ingresar por primera vez a Pre-kindergarten, Kindergarten y 1° grado.** Se utilizará el Certificado de análisis de plomo en la sangre (DHMH 4620) u otro documento escrito firmado por un especialista en atención de salud para cumplir con este requisito. Puede encontrar este formulario en:
<http://www.fha.state.md.us/och/pdf/MarylandDHMHBloodLeadTestingCertificateDHMH4620.pdf>.

Se permiten las excepciones del examen físico y las vacunas, si van en contra de las creencias religiosas del estudiante o la familia. Los estudiantes también pueden estar exentos de los requisitos de las vacunas si un médico, enfermero especialista o funcionario del departamento de salud certifica que existe una razón médica para que no sean administradas. Se permite estar exento del análisis de plomo en la sangre, si va en contra de las creencias y prácticas religiosas de la familia. El Certificado de análisis de plomo en la sangre debe estar firmado por un especialista en atención de salud, estableciendo que se llevó a cabo un cuestionario.

La información de salud de este formulario estará disponible sólo para el personal de salud y educación que tenga un interés educativo legítimo en su hijo.

Llene la Parte I de este Formulario de examen físico. La Parte II debe ser llenada por un médico o enfermero especialista, o se debe adjuntar a este formulario una copia del examen físico de su hijo.

Si su hijo necesita que se le administren medicamentos en la escuela, debe pedirle al médico que llene un Formulario de administración de medicamentos por cada medicamento. Puede obtener este formulario en

<http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/8D9E900E-13A9-4700-9AA8-5529C5F4C749/3341/medicationform404.pdf>. **Si no tiene acceso a un médico o un enfermero especialista o si su hijo necesita un procedimiento de salud especial, comuníquese con el Director o la enfermera de la escuela de su hijo.**

Maryland State Department of Health and Mental Hygiene

Maryland State Department of Education

Retención de registros: Este formulario debe mantenerse en los registros de la escuela hasta que el estudiante cumpla 21 años.

PARTE I: EVALUACIÓN DE SALUD
Debe ser llenada por uno de los padres de familia o el tutor legal

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono	
Nombre del padre de familia/tutor legal				
¿Dónde lleva a su hijo generalmente para que reciba atención médica de rutina?			Número de teléfono	
Nombre:			Dirección:	
¿Cuándo fue la última vez que llevó a su hijo para que le hicieran un examen físico? Mes Año				
¿Dónde lleva a su hijo generalmente para que reciba atención dental de rutina?			Número de teléfono	
Nombre:			Dirección:	
EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE Según su conocimiento, ¿su hijo ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marque las opciones que correspondan				
	Sí	No	Comentarios	
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex)				
Alergias (estacionales)				
Asma o problemas respiratorios				
Problemas conductuales o emocionales				
Defectos congénitos				
Problemas de hemorragias				
Parálisis cerebral				
Problemas dentales				
Diabetes				
Sordera o problemas auditivos				
Problemas de la vista				
Lesión en la cabeza				
Problemas cardíacos				
Hospitalización (dónde, cuándo)				
Exposición o envenenamiento con plomo				
Discapacidad o problemas del aprendizaje				
Límites en la actividad física				
Meningitis				
Prematuridad				
Problemas de vejiga				
Problemas intestinales				
Problemas de tos				
Convulsiones				
Reacciones alérgicas graves				
Anemia drepanocítica				
Problemas del habla				
Cirugías				
Otros				
¿Su hijo toma algún medicamento? No Sí Nombre(s) del (los) medicamento(s): _____				
¿Su hijo se encuentra bajo algún tratamiento especial? (nebulizador, autoinyector de epinefrina, etc.) No Sí Tratamiento _____				
¿Su hijo necesita algún procedimiento especial? (cateterismo, etc.) No Sí				
Firma del padre de familia/tutor legal _____ Fecha: _____				

PARTE II: EVALUACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA
Debe ser llenada SÓLO por un médico o enfermero especialista

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
--	-------------------------------------	------------	----------------------	-------

1. ¿El niño tiene alguna afección médica diagnosticada?
 No Sí _____

2. ¿El niño tiene una afección de salud que pudiera requerir MEDIDAS DE EMERGENCIA mientras esté en la escuela? (por ejemplo, convulsiones, alergia a las picaduras de insectos, asma, problemas de hemorragias, diabetes, problemas cardíacos u otros problemas) Si la respuesta es sí, DESCRIBA. Además, "trabaje con su enfermera escolar para desarrollar un plan de emergencia".
 No Sí _____

3. ¿Existe alguna inquietud con respecto a algún hallazgo anormal en la evaluación?
 Hallazgos en la evaluación/INQUIETUDES

Examen físico	DLN	ANORMAL	Área de interés	Área de salud de interés	SÍ	NO
Cabeza				Déficit atencional o hiperactividad		
Ojos				Conducta o adaptación		
Oído, nariz, garganta (otorrinolaringológico)				Desarrollo		
Dental				Audición		
Respiratorio				Inmunodeficiencia		
Cardíaco				Exposición al plomo o niveles elevados de plomo		
GI				Discapacidad o problemas del aprendizaje		
GU				Movilidad		
Musculoesquelético u ortopédico				Nutrición		
Neurológico				Enfermedad o deficiencia física		
Cutáneo				Psicosocial		
Endocrino				Habla o lenguaje		
Psicosocial				Vista		
				Otro		

OBSERVACIONES: (explique cualquier hallazgo anormal).

4. **REGISTRO DE VACUNAS:** El Formulario DHMH 896 debe ser llenado por un proveedor de atención de salud o se debe entregar un registro de vacunas generado en la computadora.

5. ¿El niño está tomando medicamentos? Si la respuesta es sí, indique el medicamento y el diagnóstico.
 No Sí _____
 (Se debe llenar un Formulario de administración de medicamentos para que se administre el medicamento en la escuela).

6. ¿Se debe restringir de alguna forma la actividad física en la escuela? Si la respuesta es sí, especifique la naturaleza y duración de la restricción.
 No Sí _____

7. Evaluaciones	Resultados	Día del control
Examen de tuberculina		
Presión sanguínea		
Estatura		
Peso		
% de IMC		
Análisis para detectar presencia de plomo	Opcional	

PARTE II: EVALUACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA (continuación)

Debe ser llenada **SÓLO** por un médico o enfermero especialista

A (Nombre del niño) _____ se le ha realizado un examen físico completo y:

- no presenta ningún problema evidente que pudiese afectar el aprendizaje o la participación escolar completa
- presenta los problemas indicados anteriormente

Comentarios adicionales:

Médico/enfermero especialista (Escriba a máquina o con letra de imprenta)	Número de teléfono	Firma del médico/enfermero especialista	Fecha