

Formulario de salud para menor en edad escolar/Declaración de salud de los padres

EL PROFESIONAL DE LA SALUD DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA - O PROPORCIONAR UNA COPIA DEL EXAMEN FÍSICO DE NIÑO SANO

Fecha de examen: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Índice de masa corporal: _____ ,

Existe preocupación por el peso

Remitido a _____

Presión sanguínea: _____

Examen de laboratorio:

Nivel de plomo en sangre: Fecha venosa capilar (para niños menores de 6 años) Resultados _____

Hemoglobina (Hgb) / Hematocrito (Hct): _____

Análisis de orina: _____

Prueba de desarrollo sensorial

Agudeza visual: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Audición: Oído derecho _____ Oído izquierdo _____

Timpanometría: Oído derecho _____ Oído izquierdo _____

Resultados del examen (N = límites normales) de lo contrario describir

Piel:

HEENT (Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta):

Salud bucal/dental:

Fecha de examen del dentista: ____ o ninguno hasta la fecha.

Referencia dental hecha hoy Sí No

Corazón:

Pulmones:

Estómago/Abdomen:

Genitales:

Extremidades, articulaciones, músculos, columna vertebral:

Neurológico:

Evaluación psicosocial/conductual (La evaluación de detección de depresión comienza a partir de los 11 años)

Alergias:

Ambiente:
Medicamento
Alimentos
Insectos
Otro

La American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría) tiene recomendaciones para la frecuencia de los cuidados pediátricos preventivos infantiles (Bright Futures, marzo de 2021)
https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: ____ Edad: _____

Prueba de vacunación y tuberculosis: (marque como se indica)

Certificado de vacunación del IDPH revisado/firmado

Prueba de tuberculosis completa (solo para menores de alto riesgo)

El proveedor médico autoriza al niño a recibir los siguientes medicamentos mientras se encuentre en la guardería o escuela

(incluidos los medicamentos *de venta libre y prescritos*)

Nombre del medicamento _____ Dosis _____

Medicamento para reducir la fiebre o el dolor:

Protector solar:

Medicamento para la tos:

Otro - indique todos

Cualquier otro medicamento debe aparecer en la lista junto con instrucciones escritas para su uso en la guardería. Los formularios para medicamentos están disponibles en www.idph.iowa.gov/hcci/products

Referencias adicionales ordenadas:

Declaración del proveedor de atención médica:

El menor puede **participar plenamente SIN** restricciones relacionadas con la salud.

El menor tiene las siguientes **restricciones relacionadas con la salud** para participar: (especifique)

El niño tiene un plan de cuidado de necesidades especiales
Tipo de plan _____
(Complete y entregue a los padres para el cuidado infantil)

Comentarios del proveedor de atención médica:

Puede usar un sello

Firma _____

Encierre en un círculo el tipo de proveedor: **MD DO PA ARNP**

Dirección: _____ Teléfono: _____

Formulario de salud para menor en edad escolar/Declaración de salud de los padres

Padre/tutor complete esta página

Utilice una **X** en la casilla para las declaraciones que apliquen a su hijo.

Fecha de último examen físico del niño: _____

Fecha de última cita dental: _____

Crecimiento

Me preocupa el crecimiento de mi hijo.

Apetito

Me preocupan los hábitos alimenticios de mi hijo.

Descanso

Mi hijo necesita descansar después de la escuela.

Enfermedad/Cirugía/Lesión

Mi hijo tuvo una enfermedad grave, una cirugía o lesión. Describa:

Actividad física - Mi hijo

Debe limitar su actividad física o necesita equipo especial para estar activo. Describa:

Jugar con amigos - Mi hijo

- Juega bien en grupos con otros niños.
- Jugará únicamente con uno o dos niños más.
- Prefiere jugar solo.
- Pelea con otros niños.
- Me preocupa la actividad lúdica de mi hijo con otros niños. Describa:

Escuela y aprendizaje - Mi hijo

- Le va bien en la escuela.
- Tiene dificultades en algunas clases.
- No quiere ir a la escuela.
- Con frecuencia falta o llega tarde a la escuela.
- Me preocupa el comportamiento y rendimiento de mi hijo en la escuela. Describa:

Alergia - Mi hijo tiene alergias (Medicamento, comida, polvo, moho, polen, insectos, animales, etc.). Mencione las alergias:

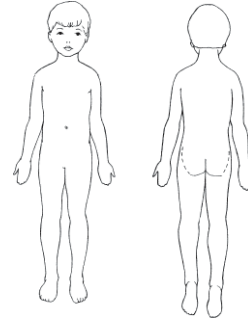
Plan de cuidado de necesidades especiales— Mi hijo tiene una necesidad especial y necesita un plan de atención para el cuidado infantil. Hable con su proveedor de atención médica.

Nombre del menor: _____

Salud corporal - Mi hijo tiene problemas con

Piel, cabello, uñas de las manos o los pies.

Describa las marcas en la piel, marcas de nacimiento o cicatrices. En un dibujo, muéstranos dónde tiene esas marcas.



- Ojos/visión, gafas o lentes de contacto
- Oídos/audición, audífonos o dispositivos, dolores de oído, tubos en los oídos
- Problemas nasales, hemorragias nasales
- Boca, dientes, encías, lengua, llagas en la boca o en los labios, respira por la boca
- Dolor de garganta frecuente o amigdalitis
- Problemas de respiración, asma, tos
- Problemas cardíacos o soplo cardíaco
- Dolores de estómago o malestar estomacal
- Problema para usar el inodoro o se orina
- Heces duras, estreñimiento, diarrea, heces acuosas
- Huesos, músculos, movimiento, dolor al moverse
- Movilidad, el menor usa equipo asistencial
- Sistema nervioso, dolores de cabeza, convulsiones o hábitos nerviosos (como convulsiones o tics)
- Mujeres – menstruaciones difíciles
- Otras necesidades especiales. Describa:

Medicamentos¹ - Mi hijo toma medicamentos.

Nombre del medicamento Hora en que se administra Razón por la que se administra

El menor tiene un EpiPen, inhalador u otro medicamento de emergencia.

Sí No

Firma del padre/madre o tutor _____

Fecha: _____

¹ Padres: Revisen las políticas del programa de cuidado infantil sobre el uso de medicamentos en la guardería.

Recommendations for Preventive Pediatric Health Care – School-Age Child
Recomendaciones de cuidados pediátricos preventivos para niños en edad escolar
Bright Futures/American Academy of Pediatrics

Cada niño y cada familia son únicos; por lo tanto, estas Recomendaciones de cuidados pediátricos preventivos están diseñadas para el cuidado de niños que reciben una crianza responsable, que no presentan manifestaciones importantes de salud, y que crecen y se desarrollan de forma satisfactoria. Es posible que sea necesario hacer consultas médicas adicionales si las circunstancias se apartan de lo normal. En el caso de niños y adolescentes con enfermedades crónicas o con problemas psicológicos o de desarrollo infantil, es probable que se requieran visitas frecuentes de consejería y tratamiento aparte de las visitas de cuidado preventivo.

Estas pautas representan la opinión consensuada de American Academy of Pediatrics (AAP) y Bright Futures. La AAP continúa enfatizando la gran importancia de la continuidad de los cuidados, la supervisión de la salud integral y la necesidad de evitar la fragmentación de los cuidados. Consulte las recomendaciones específicas por edades publicadas por Bright Futures (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Pautas de Bright Futures para la Supervisión de Lactantes, Niños y Adolescentes. 3ra ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008).

Las recomendaciones en esta declaración no indican un curso de tratamiento ni una práctica de cuidado médico exclusivos. Se deben considerar las circunstancias individuales y hacer las variaciones pertinentes.

		INFANCIA MEDIA						ADOLESCENCIA										
EDAD ¹		5 a	6 a	7 a	8 a	9 a	10 a	11 a	12 a	13 a	14 a	15 a	16 a	17 a	18 a	19 a	20 a	21 a
HISTORIA:	Inicial/Intervalo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MEDIDAS:	Largo/altura y peso	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Circunferencia de cabeza																	
	Peso considerando el largo																	
	Índice de masa corporal ⁵	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Presión arterial ⁶	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PRUEBA DE DESARROLLO SENSORIAL:	Visión ⁷	●	●	*	●	*	●	*	●	*	*	●	*	*	*	*	*	*
	Audición	●	●	*	●	*	●	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
EVALUACIÓN DE DESARROLLO/MENTAL:																		
	Prueba de detección del desarrollo ⁹																	
	Prueba de detección de autismo ¹⁰																	
	Supervisión del desarrollo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Evaluación psicológica/mental	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Evaluación de uso de alcohol y drogas ¹¹							*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Prueba de detección de depresión ¹²							●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	EXAMEN FÍSICO¹³	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PROCEDIMIENTOS¹⁴:	Análisis de sangre del recién nacido ¹⁵																	
	Prueba de detección de defecto cardíaco congénito grave ¹⁶																	
	Vacunas ¹⁷	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Hematocrito o Hemoglobina ¹⁸	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Prueba de detección de plomo ¹⁹	*	*															
	Prueba de tuberculosis ²¹	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Prueba de detección de dislipidemia ²²		*		*	●	●	●	*	*	*	*	*	*	*	*	●	●
	Prueba de detección de ETS/VIH ²³							*	*	*	*	*	●	●	●	*	*	*
	Prueba de detección de displasia cervical ²⁴																	●
	SALUD BUCAL²⁵		●															
	Barniz de fluoruro ²⁶	→																
	RECOMENDACIONES ANTICIPADAS	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● = a realizar ● o * = evaluación de riesgo a realizar con seguimiento adecuado, de ser positiva ← ● → = intervalo durante el cual se puede proveer el servicio

Vea las notas al pie de las páginas 131 y 132.