

WALLKILL CENTRAL SCHOOL DISTRICT

FORMATO DE EVALUACIÓN FÍSICA

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Fecha de evaluación:

Sexo del niño: Masculino Femenino

Inmunizaciones necesarias

Sí No

Exención médica La condición física del niño nombrado anteriormente es aquella en la que una o más de las inmunizaciones podría poner en peligro su vida o la salud.

Adjunte certificado especificando la(s) inmunización(es) exentas.

Difteria, tétanos y tos ferina (DPT) Difteria y tétanos y tos ferina acelular (DTaP)	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha	3 ^{ra} fecha	4 ^{ta} fecha	5 ^{ta} fecha
Polio (IPV u OPV)	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha	3 ^{ra} fecha	4 ^{ta} fecha	
Haemophilus influenza tipo B (Hib)	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha	3 ^{ra} fecha	4 ^{ta} fecha O 1 ^{ra} fecha (si es dada a los o después de los 15 meses de edad)	
Neumocócica Conjugada (PCV) para aquellos nacidos en o después del 1/1/08	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha	3 ^{ra} fecha	4 ^{ta} fecha	
Hepatitis B	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha	3 ^{ra} fecha		
Sarampión, paperas y rubeola (MMR)	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha			
Varicela (también conocido como Chicken Pox)	1 ^{ra} fecha	2 ^{da} fecha			

Otras inmunizaciones pueden incluir las vacunas recomendadas para el Rotavirus, Influenza y Hepatitis A

Tipo de inmunización:	Fecha:	Tipo de inmunización:	Fecha:
Tipo de inmunización:	Fecha:	Tipo de inmunización:	Fecha:
Tipo de inmunización:	Fecha:	Tipo de inmunización:	Fecha:

Pruebas

Fecha de prueba de tuberculina: ___/___/___ Resultados de Mantoux: Positivo Negativo _____ mm

Las Pruebas de TB están bajo la discreción del médico.

Si resulta positivo, o si se ordenan Rayos X, adjunte la indicación del médico documentando el tratamiento y seguimiento.

Fecha de evaluación de nivel de plomo: ___/___/___

Evaluación de plomo (incluye todas las fechas y resultados)

1 año ___/___/___ Resultado: _____ mcg/dL Venoso Capilar

2 años ___/___/___ Resultado: _____ mcg/dL Venoso Capilar

Fecha más reciente de la evaluación de nivel de plomo (si es distinta a la anterior):

___/___/___ Resultado: _____ mcg/dL Venoso Capilar

Por ley del estado de NY, se requiere una prueba de plomo en la sangre a los 1 y 2 años y cuando exista riesgo de envenenamiento por plomo. Si el niño no ha sido examinado por plomo, la guardería no podrá excluir al niño, sin embargo, tendrá que proporcionar información sobre envenenamiento y prevención, y referir al padre al centro de salud o al departamento de salud del condado para realizar una prueba de plomo en la sangre.

(continuación)

Examen Físico

Altura: _____ Peso: _____ Presión sanguínea: _____

Pulso: _____ Orina: _____

Detalles específicos de salud:

- Asma Hiperlipidemia Hipertensión Cardiopatía Trastorno sanguíneo
- Enfermedad pulmonar Enfermedad renal Trastorno Abd/GI Trastorno neurológico
- Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Cirugía: _____
- Otros: _____

Comentarios

¿Existen alergias? (Especifique) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se toma medicamentos regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Especifique fármaco y condición)	
¿Se necesita una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Especifique dieta y condición)	
¿Existen condiciones auditivas, visuales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o dentales que necesiten atención especial?	
¿Existen condiciones médicas o del <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No desarrollo que necesiten atención especial?	

Resumen de Examen Físico

Incluya recomendaciones especiales

Con base en mis hallazgos indicados anteriormente y mi conocimiento sobre el niño nombrado, Sí No
encontré que: él/ella está libre de enfermedades contagiosas y comunicativas y es capaz de
participar en la guardería.

Firma del evaluador

Dirección

Nombre impreso

Ciudad, estado, código postal

Título
(Sello abajo)

Teléfono

Fecha

Exenciones religiosas

La ley de salud pública sección 2164 permite a los niños a ser exentos religiosamente a la inmunización. Un informe escrito y firmado por el padre, padres o tutor(es) del niño indicando que rechaza(n) la inmunización de su niño debido a sus creencias religiosas debe ser enviado al propietario, operador o administrador de la guardería, quien determinará si el informe de sus creencias religiosas es aceptable.