

## Registro de Examen Físico de las Escuelas de Maryland

Para los padres o tutores:

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

- **Un examen físico realizado por un médico o enfermera practicante debe ser completado dentro de los nueve meses anteriores a la entrada en el sistema escolar público o dentro de los seis meses después de entrar en el sistema.** Se utilizará un formulario de examen físico designado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland y el Departamento de Salud e Higiene Mental para cumplir con este requisito.  
<https://2019-dsd.maryland.gov/regulations/Pages/13A.05.05.07.aspx>
- **Se requiere evidencia de inmunizaciones primarias completas contra ciertas enfermedades transmisibles infantiles para todos los estudiantes de preescolar hasta el 12 grado.** Se puede obtener un formulario de Certificación de Inmunización de Maryland para estudiantes recién inscritos en el departamento de salud local o del personal de la escuela. El formulario de certificación de inmunización (DHMH 896) o un formulario de registro de inmunización impreso o generado por computadora y las vacunas requeridas deben completarse antes de que un niño pueda asistir a la escuela. Este formulario se puede encontrar en: [https://health.maryland.gov/phpa/OIDEOR/IMMUN/Shared%20Documents/MDH\\_896\\_form.pdf](https://health.maryland.gov/phpa/OIDEOR/IMMUN/Shared%20Documents/MDH_896_form.pdf).
- **Se requiere evidencia de análisis de sangre para todos los estudiantes que residen en un área de riesgo designada cuando ingresan por primera vez a prejardín de infantes, jardín de infantes y primer grado.** El certificado de prueba de plomo en la sangre (DHMH 4620) (u otro documento escrito y firmado por un profesional de salud) se utilizará para cumplir con este requisito. Este formulario se puede encontrar en:  
<https://health.maryland.gov/phpa/OEHFP/Documents/MDH%20Blood%20Lead%20Testing%20Certificate%202023.fillable.pdf>

Se permiten exenciones de un examen físico y vacunas si son contrarias a las creencias religiosas de un estudiante o de la familia. Los estudiantes también pueden estar exentos de los requisitos de inmunización si un médico/enfermera practicante o funcionario del departamento de salud certifica que hay una razón médica para no recibir una vacuna. Se permiten exenciones de las pruebas de plomo en sangre si son contrarias a las creencias y prácticas religiosas de una familia. El certificado de plomo de sangre debe estar firmado por un profesional de la salud que indique que se realizó un cuestionario.

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

**Por favor complete la Parte I de este formulario de Examen Físico. La Parte II debe ser completada por un médico o enfermera practicante, o se debe adjuntar una copia del examen físico de su hijo/a a este formulario.**

**Si su hijo/a requiere que se administre medicamentos en la escuela, debe hacer que el médico complete un formulario de administración de medicamentos para cada medicamento. Este formulario se puede obtener en <http://marylandpublicschools.org/about/Documents/DSFSS/SSSP/SHS/medforms/medicationform404.pdf>. Si no tiene acceso a un médico o enfermera practicante o si su hijo/a requiere un procedimiento de salud individualizado especial, por favor comuníquese con el director y/o la enfermera de la escuela de su hijo/a.**

Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland

Departamento de Educación del Estado de Maryland

**Retención de registros- Este formulario debe guardarse en el registro de la escuela hasta que el estudiante tenga 21 años.**

### Parte 1- Evaluación de la salud

*Para ser completado por el padre/madre o tutor*

Nombre del estudiante (Apellido, Primero, Segundo) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal) \_\_\_\_\_

Nombres del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

¿A dónde lleva a su hijo/a normalmente para recibir atención médica de rutina? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a tuvo un examen físico? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿A donde lleva a su hijo/a normalmente para el cuidado dental? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

### Evaluación de la Salud del Estudiante

*Hasta donde usted sabe, ¿tiene su hijo/a algún problema con lo siguiente? Por favor, marque y comente si la respuesta es si.*

| Problemas de salud de los estudiantes         | Sí | No | Comentario |
|---|----|----|------------|
| Alergias (Alimentos, Insectos, Drogas, Látex) |    |    |            |
| Alergias (Estacionales)                       |    |    |            |
| Asma o problemas respiratorios                |    |    |            |
| Problemas de comportamiento o emocionales     |    |    |            |
| Defectos de nacimiento                        |    |    |            |
| Problemas de sangrado                         |    |    |            |
| Parálisis cerebral                            |    |    |            |
| Dental  |    |    |            |
| Diabetes                                      |    |    |            |
| Problemas de oído o sordera                   |    |    |            |
| Problemas oculares o de visión                |    |    |            |
| Lesión de cabeza                              |    |    |            |
| Problemas cardíacos                           |    |    |            |
| Hospitalización (Cuándo, dónde)               |    |    |            |
| Envenenamiento/Exposición al plomo            |    |    |            |
| Problemas/discapacidades de aprendizaje       |    |    |            |
| Límites en la actividad física                |    |    |            |
| Meningitis                                    |    |    |            |
| Prematuridad                                  |    |    |            |
| Problema con la vejiga                        |    |    |            |
| Problema con los intestinos                   |    |    |            |
| Problema con la tos                           |    |    |            |
| Convulsiones                                  |    |    |            |
| Reacciones alérgicas graves                   |    |    |            |
| Anemia drepanocítica                          |    |    |            |
| Problemas del habla                           |    |    |            |
| Cirugía                                       |    |    |            |
| Otro  |    |    |            |

**Parte 1- Evaluación de la salud-continuación**

*Para ser completado por el padre/madre o tutor*

¿Su hijo/a toma algún medicamento?

No      Sí      Nombre(s) de los medicamentos: \_\_\_\_\_

No      Sí      Tratamiento \_\_\_\_\_, etc.

¿Su hijo/a requiere algún procedimiento especial? (cateterismo, etc.)?

No      Sí      Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte II – Evaluación de la Salud Escolar**

*Para ser completado SOLO por un médico/enfermera practicante*

Nombre del estudiante (Apellido, Primero, Segundo) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

1. ¿El niño tiene una condición médica diagnosticada?

No            Sí \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene el niño una condición de salud que puede requerir ACCIÓN DE EMERGENCIA mientras está en la escuela? (por ejemplo, convulsiones, alergia a picaduras de insectos, asma, problema de sangrado, diabetes, problema del corazón, o otro problema) si es así, por favor DESCRIBA. Además, por favor "trabaje con la enfermera de su escuela para desarrollar un plan de emergencia" .

No            Sí \_\_\_\_\_

3. ¿Hay algún hallazgo anormal en la evaluación para preocuparse?

No            Sí \_\_\_\_\_

*Resultados de la evaluación /Preocupaciones*

| Examen físico                  | Dentro de los límites normales | Anormal | Área de preocupación | Área de preocupación de la salud        | Sí | No |
|--------------------------------|--------------------------------|---------|----------------------|---|----|----|
| Cabeza                         |                                |         |                      | Déficit de atención/Hiperactividad      |    |    |
| Ojos                           |                                |         |                      | Comportamiento/Ajuste                   |    |    |
| Otorrinolaringólogo            |                                |         |                      | Desarrollo                              |    |    |
| Dental                         |                                |         |                      | Audición                                |    |    |
| Respiratorio                   |                                |         |                      | Inmunodeficiencia                       |    |    |
| Cardíaco                       |                                |         |                      | Exposición al plomo/Plomo elevado       |    |    |
| Gastrointestinal               |                                |         |                      | Problemas/discapacidades de aprendizaje |    |    |
| Genitourinario                 |                                |         |                      | Movilidad                               |    |    |
| Musculoesquelético /ortopédico |                                |         |                      | Nutrición                               |    |    |
| Neurológico                    |                                |         |                      | Enfermedad/Discapacidad Física          |    |    |
| Piel                           |                                |         |                      | Psicosocial                             |    |    |
| Endocrino                      |                                |         |                      | Habla/Lenguaje                          |    |    |
| Psicosocial                    |                                |         |                      | Visión                                  |    |    |
| Otro                           |                                |         |                      | Otro                                    |    |    |

4. **REGISTRO DE INMUNIZACIONES** – Se requiere que DHMH 896 sea completado por un proveedor de atención médica o se debe proporcionar un registro de inmunización generado por su computadora.

**Parte II - Evaluación de la Salud Escolar - continuación**

*Para ser completado SOLO por un médico/enfermera practicante*

5. ¿El niño está tomando medicamentos? si es así, indique el medicamento y el diagnóstico.

No            Sí \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Se debe completar un formulario de administración de medicamentos para la administración de medicamentos en la escuela).

<http://test.msde.maryland.gov/about/Documents/DSFSS/SSSP/SHS/medforms/medicationform404.pdf>

6. ¿Debería haber alguna restricción de actividad física en la escuela? si es así, especifique la naturaleza y la duración de la restricción.

No            Sí \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Chequeos

| Chequeos                 | Resultados | Fechas de chequeos |
|--------------------------|------------|--------------------|
| Examen de la Tuberculina |            |                    |
| Presión arterial         |            |                    |
| Altura                   |            |                    |
| Peso                     |            |                    |
| Índice de IMC %          |            |                    |
| Prueba de plomo          | Opcional   |                    |

(Nombre del niño) \_\_\_\_\_ a tenido un examen físico

Ua\_ bVá k f [WWW

@[ Yó` bdaTW S W [WWW g W b g W S X M S d W S d W W [I S W la participación escolar completo \_\_\_\_\_

BdaTW Se\_ W Uja` S VaeS` f W ad\_ WFW \_\_\_\_\_

5a\_ W f S dae S [Ua` S W

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Médico/Enfermera Practicante (Escriba o imprima)

\_\_\_\_\_  
 Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Frima del Médico/Enfermera Practicante

\_\_\_\_\_  
 Fecha