

INVENTARIO DE SALUD

Información e instrucciones para padres/tutores

INFORMACIÓN NECESARIA

Se debe proporcionar la siguiente información antes de que un niño asista a una guardería con licencia de, inscrita en o aprobada por el Departamento de Educación del Estado de Maryland:

- **Una evaluación física** de un médico o enfermero especialista acreditado, realizada a más tardar doce meses antes de asistir a la guardería. Se deberá usar un formulario de Evaluación Física designado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland y el Departamento de Salud e Higiene Mental para cumplir este requisito (Consulte el Código de Reglamentos de Maryland [Code of Maryland Regulation, COMAR] 13A.15.03.02, 13A.16.03.02 y 13A.17.03.02).
- **Prueba de vacunas.** Se puede obtener un formulario de Certificación de Vacunación de Maryland para niños recién inscritos en el departamento de salud local o a través del personal de la escuela. El formulario de certificación de vacunación (DHMH 896) o un expediente de vacunación impreso o generado por computadora y las vacunas exigidas deben completarse antes de que un niño pueda asistir. Este formulario se encuentra en:
http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/maryland_immunization_certification_form_dhmh_896_-_february_2014.pdf

Prueba de Análisis de Concentración de Plomo en la Sangre para niños que viven en áreas designadas de riesgo. Se deberá usar el certificado de análisis de concentración de plomo en la sangre (DHMH 4620) (u otro documento escrito firmado por un Profesional de la Salud) para cumplir este requisito. Este formulario se encuentra en:

http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/dhmh_4620_bloodleadtestingcertificate_2016.pdf

EXCEPCIONES

Se permiten excepciones de una evaluación física, vacunaciones y análisis de concentración de plomo en la sangre si la familia se opone debido a sus creencias o prácticas religiosas. Un Profesional de la Salud debe firmar el certificado de análisis de concentración de plomo en la sangre y debe indicar que se respondió una encuesta.

Los niños también pueden quedar exentos de los requisitos de vacunación si un médico, enfermero especializado o funcionario del departamento de salud certifica que existen motivos médicos para que el niño no reciba una vacuna.

La información de salud de este formulario estará disponible solo para aquellos proveedores de cuidados infantiles o de salud o para el personal de guarderías que tenga una responsabilidad legítima de cuidado sobre su hijo.

INSTRUCCIONES

Complete la Parte I de este formulario de Evaluación Física. Un médico o enfermero especializado debe completar la Parte II; o se debe adjuntar una copia de la evaluación física de su hijo a este formulario.

Si su hijo necesita que le administren medicamentos durante las horas de guardería, usted debe pedirle al médico que complete un Formulario de Autorización de Medicamento (OCC 1216) para cada medicamento. Este formulario puede obtenerse en

<http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/occ1216-medicationadministrationauthorization.pdf>

Si usted no tiene acceso a un médico o enfermero especializado, o si su hijo necesita un plan de atención médica individualizada, comuníquese con el Departamento de Salud de su localidad.

PARTE I - EVALUACIÓN DE SALUD

Debe ser completada por el padre o tutor

Nombre del niño:		Fec. de nac.:		Sexo	
_____ Apellido Primer nombre Segundo nombre		_____ Mes / Día / Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección:					
_____ Número Calle		_____ N.º de apto. Ciudad		_____ Estado Código postal	
Nombre del padre/tutor		Parentesco	Números de teléfonos		
_____		_____	Oficina: _____	Celular: _____	Casa: _____
_____		_____	Oficina: _____	Celular: _____	Casa: _____
Proveedor de atención médica de rutina de su hijo		Proveedor de atención dental de rutina de su hijo		Última cita del niño para	
Nombre: _____		Nombre: _____		Evaluación física: _____	
Dirección: _____		Dirección: _____		Atención dental: _____	
N.º de teléfono _____		N.º de teléfono _____		Cualquier especialista: _____	
EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO: según su leal saber y entender, ¿su hijo ha tenido algún problema con lo siguiente? Marque Sí o No y escriba un comentario por todas las respuestas afirmativas.					
	Sí	No	Comentarios (obligatorios para cualquier respuesta afirmativa)		
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alergias (estacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asma o respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conductual o emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anomalía(s) congénita(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Oídos o sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ojos o visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Traumatismo craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hospitalización (cuándo, dónde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Envenenamiento/exposición al plomo (complete DHMH4620)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reacciones alérgicas mortales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Limitaciones en la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dispositivos de asistencia para movilidad (si hubiere alguno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prematuridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Su hijo toma medicamentos (recetados o sin receta) en algún momento? ¿O por una condición médica permanente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre(s) del (de los) medicamento(s): _____					
¿Su hijo recibe algún tratamiento especial? (nebulizador, inyección de epinefrina [EPI Pen], insulina, asesoría, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, tipo de tratamiento: _____					
¿Su hijo necesita algún procedimiento especial? (cateterismo urinario, alimentación por sonda gástrica, transferencia, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, cuál(es) procedimiento(s): _____					
DOY MI AUTORIZACIÓN PARA QUE EL PROFESIONAL DE LA SALUD COMPLETE LA PARTE II DE ESTE FORMULARIO. ENTIENDO QUE ES PARA USO CONFIDENCIAL CON EL FIN DE SATISFACER LAS NECESIDADES DE SALUD DE MI HIJO EN EL CUIDADO INFANTIL. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.					
Firma del padre/tutor _____			Fecha _____		

PARTE II - EVALUACIÓN DE SALUD DEL NIÑO
Debe ser completada SOLO por el médico/enfermero especializado

Nombre del niño: <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"> Apellido Primer nombre Segundo nombre </div>	Fec. de nac.: <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"> Mes / Día / Año </div>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--	---	--

2. ¿El niño antes mencionado tiene una condición médica diagnosticada?

No Sí, describa:

3. ¿El niño tiene una condición médica que podría requerir MEDIDAS DE EMERGENCIA mientras esté en la guardería? (p. ej., convulsión, alergia, asma, sangrado, diabetes, cardiopatía u otro problema). En caso afirmativo, DESCRIBA la condición y las medidas de emergencia en la tarjeta de emergencia.

No Sí, describa:

4. Resultados de la evaluación física

Área de salud	WNL	ABNL	No evaluado	Área de salud	WNL	ABNL	No evaluado
Déficit de atención/Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposición/Nivel elevado de plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta/Adaptación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intestino/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoesquelético/ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardíaco/soplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad/discapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: (explique cualquier resultado anormal.)

1. **REGISTRO DE VACUNACIONES.** Un proveedor de atención médica debe completar el DHMH 896/u otro documento oficial de vacunación (p.ej., expediente militar de vacunaciones) o se debe entregar un expediente de vacunación generado por computadora. (Este formulario se puede obtener en: http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/maryland_immunization_certification_form_dhmh_896_-_february_2014.pdf)

OBJECIÓN RELIGIOSA:

Soy el padre/tutor del niño antes mencionado. Debido a mis creencias y prácticas religiosas legítimas, me opongo a cualquier vacuna administrada a mi hijo. Esta excepción no aplica durante una emergencia o epidemia de enfermedades.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

5. ¿El niño toma medicamentos?

No Sí, indique el medicamento y el diagnóstico:

(Se debe completar el Formulario de Autorización de Medicamentos OCC 1216 para administrar el medicamento en la guardería).

7. ¿Debe haber alguna restricción de la actividad física en la guardería?

No Sí, especifique la naturaleza y duración de la restricción:

6. Prueba/medición	Resultados	Fecha de obtención
Prueba de la tuberculina		
Presión sanguínea		
Estatura		
Peso		
Percentil del índice de masa corporal		
Prueba de plomo indicó:DHMH 4620 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prueba #1	Prueba #2
	Prueba #1	Prueba #2

_____ se ha sometido a una evaluación física completa y todas las inquietudes se han indicado arriba.

(nombre del niño)

Comentarios adicionales: _____

Médico/enfermero especializado (escriba a máquina o letra de imprenta):	N.º telefónico:	Firma del médico/enfermero especializado:	Fecha:
---	-----------------	---	--------

CERTIFICADO DE PRUEBA DE CONCENTRACIÓN DE PLOMO EN LA SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND

Instrucciones: use este formulario al inscribir a un niño en la guardería, preescolar, jardín de infancia o primer grado. El padre o tutor debe completar el **CUADRO A**. El **CUADRO B**, también completado por el padre/tutor, se usa para un niño que nació antes del 1 de enero de 2015, quien no necesita una prueba de detección de plomo (los niños deben cumplir todas las condiciones del Cuadro B). El proveedor de atención médica debe completar el **CUADRO C** para cualquier niño que nació el 1 de enero de 2015 o después de esa fecha, y para cualquier niño que nació antes del 1 de enero de 2015 que no cumpla todas las condiciones del Cuadro B. El **CUADRO D** se usa para niños que no se someten a pruebas debido a objeciones religiosas (el proveedor de atención médica debe completarlo).

CUADRO A-Padre/Tutor completa para inscribir a su hijo en la guardería, preescolar, jardín de infancia o primer grado

NOMBRE DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
 DIRECCIÓN DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 DIRECCIÓN POSTAL (con el número de apartamento) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 SEXO: M F FEC. DE NAC. ____ / ____ / ____ TELÉFONO _____
 PADRE O TUTOR _____ / _____ / _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

CUADRO B – Para un niño que no necesita una prueba de detección de plomo (complete y firme si el niño NO está inscrito en Medicaid Y la respuesta a TODAS las preguntas a continuación es NO):

¿Este niño nació el 1 de enero de 2015 o después de esa fecha? SÍ NO
 ¿Este niño ha vivido alguna vez en una de las áreas mencionadas al dorso de este formulario? SÍ NO
 ¿Este niño tiene algún riesgo conocido por exposición al plomo (consulte las preguntas al dorso de este formulario, y hable con el proveedor de atención médica de su hijo si no está seguro)? SÍ NO

Si todas las respuestas son NO, firme a continuación y devuelve este formulario a la escuela o proveedor de cuidado infantil.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Si la respuesta a CUALQUIERA de estas preguntas es SÍ, O si el niño está inscrito en Medicaid, no firme el Cuadro B. En cambio, pida al proveedor de atención médica que complete el Cuadro C o el Cuadro D.

CUADRO C – Documentación y Certificación de los Resultados de la Prueba de Detección de Plomo por parte del Proveedor de Atención Médica

Fecha de la prueba	Tipo (V=venosa, C=capilar)	Resultado (mcg/dL)	Comentarios

Comentarios:

Persona que completa el formulario: Proveedor de Atención Médica/Designado O Profesional de Salud Escolar/Designado

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

CUADRO D – Creencias Religiosas Legítimas

Soy el padre/tutor del niño identificado en el Cuadro A, arriba. Debido a mis creencias y prácticas religiosas legítimas, me opongo a cualquier prueba de detección de plomo en la sangre realizada a mi hijo.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte del CUADRO D debe ser completada por el proveedor de atención médica del niño: se hizo la encuesta de evaluación del riesgo de

envenenamiento por plomo: SÍ NO Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Las pruebas documentadas deben ser las de detección de plomo en sangre a los 12 y 24 meses de edad. Se exigen dos fechas y resultados de prueba si la primera prueba se realizó antes de los 24 meses de edad. Si la primera prueba se realizó después de los 24 meses de edad, se exige una fecha de prueba con resultado. El proveedor de atención médica primaria del niño podrá registrar las fechas y resultados de las pruebas directamente en este formulario y certificarlos al firmar o sellar la sección de firma. Un profesional de salud escolar o designado podrá transcribir en este formulario y certificar las fechas de prueba a partir de cualquier otro expediente que tenga la certificación de un proveedor médico, departamento de salud o escuela. Todos los formularios se mantienen archivados con el expediente de salud escolar del niño.

Áreas de riesgo por código postal desde el Plan Objetivo 2004 (para niños que nacieron ANTES DEL 1 de enero de 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co.</u> (Continuación)	<u>Carroll</u>	<u>Frederick</u> (Continuación)	<u>Kent</u>	<u>Prince George's</u> (Continuación)	<u>Queen Anne's</u> (Continuación)
TODOS	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	TODOS	20783	20770	TODOS
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	TODOS	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	TODOS	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	TODOS	21762		20722	21623	TODOS
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u> TODOS
						<u>Worcester</u> TODOS

Preguntas de prueba de la encuesta de evaluación de riesgo por plomo:

1. ¿Vive en o visita regularmente una casa/edificio construido antes de 1978 con pintura que se está despegando, con renovación o remodelación reciente o en curso?
2. ¿Ha vivido fuera de los Estados Unidos o llegó recientemente de un país extranjero?
3. ¿Su hermano, compañero de vivienda/juegos está recibiendo seguimiento o tratamiento por envenenamiento con plomo?
4. ¿Si nació antes del 1 ene 2015, vive en un código postal "en riesgo" 2004?
5. ¿Se lleva con frecuencia objetos a la boca tales como juguetes, joyas o llaves, consume productos no alimenticios (pica)?
6. ¿Contacto con un adulto cuyo trabajo o pasatiempo implica la exposición al plomo?
7. ¿Vive cerca de una fundición activa de plomo, planta de reciclaje de baterías, otra industria relacionada con el plomo o carretera donde el suelo y el polvo podrían estar contaminados con plomo?
8. ¿Usa productos de otros países tales como remedios, especias o alimentos; o almacena o sirve alimentos en cristal, cerámica o peltre con plomo?