

**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA**  
**FORMULARIO DE SALUD PARA EL INGRESO ESCOLAR**  
**Formulario de información médica/Informe de examen físico integral/Certificación de vacunación**

**Parte I – FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

La ley estatal (Código de Virginia Ref. § 22.1-270) requiere que su hijo esté vacunado y reciba un examen físico integral antes de ingresar al kínder o escuela primaria pública. **El padre/madre o tutor completa esta página (Parte I) del formulario.** El proveedor médico completa la Parte II y la Parte III del formulario. Este formulario debe completarse no más de un año antes del ingreso de su hijo a la escuela.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento del estudiante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado o país de nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma principal que habla: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal 1: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo/celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal 2: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo/celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo/celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Preferencia de hospital: \_\_\_\_\_

Seguro médico del niño: Ninguno  FAMIS Plus (Medicaid)  FAMIS  Privado/comercial/patrocinado por el empleador  \_\_\_\_\_

**Cuadro 1. Afecciones preexistentes**

Afección	Sí	Comentarios	Afección	Sí	Comentarios
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex). Indique <b>alergias potencialmente mortales:</b>	<input type="checkbox"/>		Diabetes: Tipo 1	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		Diabetes: Tipo 2	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		Bomba de insulina	<input type="checkbox"/>	
Alergias (estacionales)	<input type="checkbox"/>		Traumatismo craneal, conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	
Asma o afecciones respiratorias	<input type="checkbox"/>		Afecciones auditivas o sordera	<input type="checkbox"/>	
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>		Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	
Afecciones conductuales/psíquicas/sociales	<input type="checkbox"/>		Intoxicación con plomo	<input type="checkbox"/>	
Afecciones del desarrollo	<input type="checkbox"/>		Afecciones musculares	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>		Convulsiones	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de sangrado	<input type="checkbox"/>		Anemia de células falciformes (no trazas)	<input type="checkbox"/>	
Afecciones intestinales	<input type="checkbox"/>		Afecciones del habla	<input type="checkbox"/>	
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>		Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/>	
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>		Cirugía	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de la salud dental	<input type="checkbox"/>		Afecciones de la vista	<input type="checkbox"/>	

Describa cualquier otra información importante relacionada con la salud de su hijo ( Sonda de alimentación,  Traqueostomía,  Aporte suplementario de oxígeno,  Audifonos,  Aparato dental, Silla de ruedas, Hospitalizaciones, etc.):

**Cuadro 2. Medicamentos**

Enumere todos los medicamentos recetados, de emergencia, de venta libre y hierbas medicinales que su hijo toma con regularidad (hogar/escuela):

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración ( hogar/escuela)	Notas
1.			
2.			
3.			
4.			

Medicamentos adicionales (nombre, dosis, hora de administración, notas)

Marque aquí si desea discutir información confidencial con la enfermera de la escuela u otra autoridad escolar.  Sí  No Proporcione la siguiente información:

	Nombre	Teléfono	Fecha de la última cita
Pediatra/proveedor de atención primaria			
Especialista			
Dentista			
Trabajador del caso (si corresponde)			

Yo \_\_\_\_\_ (autorizo) (no autorizo) al proveedor de atención de salud de mi hijo y al proveedor de atención de salud designado en el entorno escolar para discutir las preocupaciones de salud de mi hijo o intercambiar información relacionada con este formulario. Esta autorización estará vigente hasta que usted la retire. Puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del expediente de su hijo, la documentación de la divulgación se mantiene en el expediente académico o de salud de su hijo.

**Firma del padre/madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_