



# Requisitos mínimos de salud para las Escuelas Públicas de Chicago en 2015-2016

## Servicio médico

El servicio médico permitirá a su niño y a la familia un mejor acceso al cuidado de la salud. La cobertura le permite una atención accesible, de calidad, culturalmente competente y coordinada.

La mayoría de las personas elegibles para recibir Medicaid debe escoger un proveedor de salud. El Illinois Client Enrollment Broker lo ayudará a entender sus opciones, para poder escoger el mejor plan para usted.  
<http://illinoisceb.com/>

Su busca un proveedor de salud, puede llamar al 311 o ir a:  
[www.cityofchicago.org](http://www.cityofchicago.org) y escribir "Find a Community Health Center" en la caja de búsqueda.

La Unidad de Beneficios para Niños y Familias de CPS ayuda a las familias elegibles con las solicitudes de beneficios, tales como seguro médico (ej., All Kids).

Por más información, llame por favor al:  
773-553-KIDS (5437)

Por más información sobre requisitos de salud, llame a la enfermería de su escuela.

Las evidencias muestran que los alumnos saludables tienen mejor asistencia y rendimiento académico en las escuelas. Los siguientes requisitos de salud se aplican a todos los niños matriculados en las Escuelas Públicas de Chicago. **Los niños deben presentar pruebas de las vacunas y exámenes médicos requeridos antes del 15 de octubre de 2015, o podrán ser excluidos de la escuela.**

## EXÁMENES REQUERIDOS

**Examen físico** requerido al momento de la matrícula, o al **10/15/15**

El examen físico debe ser realizado dentro del año antes del ingreso a:

- Preescolar y jardín infantil (examen físico y prueba de plomo hasta los 6 años)
- 6o. y 9o. grado (edades 5, 11, 15 para programas sin clasificación escolar)
- Cualquier estudiante que ingrese a CPS por primera vez

**Examen de la vista** requerido al momento de la matrícula, **no más tarde del 10/15/15**

- Cuando ingresan a escuelas del estado de Illinois por primera vez en cualquier grado.
- Cuando ingresan al jardín de infantes.

**Examen dental** requerido antes del **5/15/16** para, PE, PK, jardín de infantes, 2º y 6º grado.

## VACUNACIÓN REQUERIDA

**Difteria, Tos Ferina, Pertussis (Tos convulsa), Tétanos (DTaP y dap)**

- Cuatro (4) o más dosis. Las primeras 3 con intervalos de 4 semanas. El intervalo entre la 3ª y 4ª dosis es de por lo menos 6 meses.
- La última dosis califica como refuerzo y se recibe al cumplir cuatro años de edad o más tarde.
- Una (1) dosis de la vacuna Tdap para los grados 6º a 12º.

**Polio**

- Tres (3) o más dosis de vacuna contra la polio con intervalos de 4 semanas.
- La última dosis califica como refuerzo y se recibe al cumplir cuatro años de edad o más tarde.

**Sarampión, Paperas y Rubéola**

- Una (1) dosis requerida para preescolar y una segunda dosis para todos los estudiantes del jardín infantil al 12º grado.
- Primera dosis recibida a los 12 meses o después.
- **Segunda dosis administrada por lo menos cuatro semanas (28 días) después de la primera.**

**Hepatitis**

- Tres (3) dosis requeridas a todos los estudiantes.
- 1ª dosis al nacer.
- 2ª dosis no menos de 28 días o 4 semanas después de la 1ª.
- 3ª dosis recibida no menos de 2 meses después de la 2ª y 4 meses después de la 1ª.

**Varicela (Chicken Pox)**

- Dos (2) dosis requeridas para jardín infantil, 1º grado, 6º grado, 7º grado, 9º y 10º grados. La primera dosis al año o después del primer cumpleaños, y la segunda no menos de cuatro semanas (28 días) después de la primera dosis.
- Una (1) dosis requerida al año o después del primer cumpleaños para Prek, 2º, 3º, 4º, 5º, 8º, 11º y 12º grados.

**Influenza, Tipo B (HIB)**

- Tres (3) dosis requeridas para los años de primaria.
- Si no recibió ninguna antes de los 15 meses de edad, solamente una (1) dosis requerida entre 15 y 59 meses de edad. No se requiere para 5 años de edad o mayores.

**Enfermedad neumocócica (PCV)**

- Cuatro dosis (4) requeridas para los años de primaria.
- Si no recibió ninguna antes de los 24 meses de edad, solamente una (1) dosis requerida entre 24 y 59 meses de edad. No se requiere para 5 años de edad o mayores.

**Nuevo: Meningitis (MCV4)**

- Una (1) dosis de la vacuna contra la meningitis para 6º grado.
- Dos (2) dosis de la vacuna contra la meningitis para 12º grado.
- Si la 1ª dosis fue dada a los 16 años o mayor; solamente una (1) dosis requerida para 12º grado.



Reviewed by: _____
Follow up: _____
Documents received: _____

**Información médica del estudiante Año escolar 2015/2016**

LA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA Y PRESENTADA **ANUALMENTE** AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR

**ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA y DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ESCUELA**

NOMBRE DELA ESCUELA: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

Para asegurar la seguridad de su niño durante el día escolar, actividades extracurriculares, viajes de estudio y cuando es transportado por CPS, es importante que la escuela esté informada de cualquier condición de salud que pueda afectar al niño. Le pedimos que complete este formulario. Por razones de confidencialidad, esta información solamente será compartida con el personal relevante de CPS. Gracias por su cooperación en este importante asunto.

**Por favor, señale abajo si es aplicable:**

- Alergias alimenticias: (Tipo) \_\_\_\_\_
- Otras alergias: (Tipo) \_\_\_\_\_
- Asma
- Diabetes: Tipo 1  Tipo 2
- Convulsiones
- Otra condición médica \_\_\_\_\_
- Mi niño **NO** tiene alergias, o condición médica y no toma ninguna medicina durante las horas de escuela
- Mi niño tiene un proveedor médico primario (ej., médico, enfermero practicante, asistente médico, etc.)

Por cualquier condición médica identificada arriba que requiera una medicina de receta disponible y administrada a su niño durante las horas de escuela, por favor incluya verificación escrita de su proveedor de salud que incluya diagnóstico, tipo de medicación, dosis y horas en que debe recibirla. Usted puede solicitar un Plan de Acción de Emergencia (alergias, asma o diabetes) a su proveedor primario de salud. Su niño puede calificar para un **Plan 504** debido a su condición; asegúrese de hacer el seguimiento con la enfermería de su escuela y/o la persona encargada de casos una vez que haya presentado este formulario.

Nombre del padre (Letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE ILLINOIS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO(A)**

Por favor escriba en letra de molde

<b>Nombre del Estudiante</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Sexo</b>			<b>Escuela</b>			<b>Grado / Núm. de Identificación</b>								
Apellido	Nombre		Inicial			Mes/Día/ Año														
<b>Dirección</b>			<b>Calle</b>			<b>Ciudad</b>			<b>Zona Postal</b>			<b>Padres / Tutor</b>			<b>Núm. de Teléfono de Casa</b>			<b>Trabajo</b>		
<b>VACUNAS:</b> Para ser completado por el proveedor de cuidado d salud. Indique el mes/día/año para <i>cada</i> dosis administrada. El día y el mes se requiere si usted no puede determinar si la vacuna se administró <i>después</i> del intervalo mínimo o edad. <b>Si una vacuna específica está médicamente contraindicada, una declaración aparte por escrito se debe adjuntar explicando la razón médica por esta contraindicación.</b>																				
<b>VACUNAS / DOSIS</b>			1 MES DÍA AÑO			2 MES DÍA AÑO			3 MES DÍA AÑO			4 MES DÍA AÑO			5 MES DÍA AÑO			6 MES DÍA AÑO		
Difteria, Tétano y Pertusis (DTP o DTaP)																				
Difteria y Tétano (DT o Td Pediátrica)																				
Polio Inactivo (IPV)																				
Polio Oral (OPV)																				
Haemófilo influenza tipo b (Hib)																				
Hepatitis B (HB)																				
Varicela (Chickenpox)												Comentarios:								
Combinado Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)																				
Sarampión (Rubéola)																				
Rubéola (sarampión de 3-días)																				
Paperas																				
Neumocócico (no se requiere para ingresar a la escuela Marque tipo específico (PCV7, PPV23) Fecha			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		
Otro (Especifique: Hepatitis A, meningococcal),																				
<b>Proveedor de Cuidado de Salud (MD, APN, PA, profesional de salud escolar, oficial de salud) que verifica el historial de vacunas arriba tiene que firmar a continuación.</b>																				
Firma			Título						Fecha											
Firma			Título						Fecha											
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)																				
Firma			Título						Fecha											
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)																				

<b>COMPROBANTE ALTERNATIVO DE INMUNIDAD</b>																				
<b>1. El diagnóstico clínico se acepta si es verificado por un médico</b> * (Todos los casos de <u>sarampión</u> diagnosticados en o después del 1ero de julio de 2002, se deben comprobar por medio de evidencia de laboratorio.)																				
*SARAMPIÓN (Rubéola)			MES DÍA AÑO			PAPERAS			MES DÍA AÑO			VARICELA			MES DÍA AÑO			Firma del Médico		
<b>2. El historial de la enfermedad de varicela (chickenpox) se acepta si se comprueba por un proveedor de cuidado de salud, profesional de salud escolar u oficial de salud.</b> La persona que firma a continuación verifica que la descripción del padre / tutor del historial de enfermedad de la varicela indica una infección pasada y acepta tal historial como documentación de la enfermedad.																				
<b>Fecha de la Enfermedad:</b>			<b>Firma</b>			<b>Título</b>			<b>Fecha</b>											
<b>3. Confirmación del laboratorio (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicela																				
<b>Resultados de Laboratorio</b>			<b>Fecha</b>			<b>MES DÍA AÑO</b>			<b>(Adjunte copia del reporte de laboratorio, si está disponible.)</b>											

<b>DATOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE VISIÓN Y AUDICIÓN</b>																	
<b>Pre -escolar- anualmente comenzando a la edad de 3, Edad escolar – en el grado requerido durante el año escolar.</b>																	
Fecha																Código:	
Edad/Año																P = Pasó	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	F = Falló
Visión																	U = No se pudo examinar
Audición																	R = Referido
															G/C=Lentes/ Lentes de Contacto		

Imprimió con la Autoridad del Estado de Illinois

**(Complete Ambos Lados)**

<b>Nombre del Estudiante</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escuela</b>	<b>Grado / Núm. De Ident.</b>
Apellido	Nombre	Inicial	Mes / Día / Año			

**HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**

<b>ALERGIAS</b> (Alimentos, drogas, insectos, otro)			<b>MEDICINAS</b> (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnóstico de Asma?	Sí	No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Tarsales)	Sí	No
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?	Sí	No		¿Hospitalizaciones?		
¿Defectos de Nacimiento?	Sí	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	Sí	No
¿Retrasos del Desarrollo?	Sí	No				
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique	Sí	No		¿Cirugía? (Anótelas Todas)	Sí	No
¿Diabetes?	Sí	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?		
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No		¿Heridas Graves o Enfermedad?	Sí	No
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?	Sí	No		¿Prueba positiva de la piel para el TB (Dermato Pruebas)?	Sí *	No
¿Problemas Cardiacos / Falta de Respiración?	Sí	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí *	No
¿Soplo Cardiacos / Presión Arterial Alta?	Sí	No		¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?	Sí	No		¿Uso de Alcohol / Drogas?	Sí	No
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes 9 Lentes de Contacto 9 Último Examen _____				¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)	Sí	No
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)				Dental 9 Ganchos 9 Puente 9 Placas Otro		
¿Problemas de Audición?	Sí	No		¿Otras Preocupaciones?		
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?				<b>Firma del Padre / Tutor</b>	<b>Fecha</b>	

**LA SECCIÓN TOTAL QUESIGUE DEBE SER COMPLETADA POR MD/DO/APN/PA (\* INDICA EXAMINACIÓN ORDENADA POR INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA DEL ESTADO)**

<b>REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO</b>	<b>ALTURA</b>	<b>PESO</b>	<b>BMI</b>	<b>B/P</b>
<b>EVALUACIÓN DE DIABETES BMI &gt; 85% edad / sexo</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Y uno de los dos siguientes: <b>Historial Familiar</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Minoría étnica</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>Muestras de Resistencia a la Insulina</b> (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario policístico, acantosis nigricans) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Está en Riesgo</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

**CUESTIONARIO DEL PLOMO\*** se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela con licencia o escuela pública, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil y / o kindergarten. **Se Indicó Examen de Sangre?** Sí  No  **Fecha del Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ **Resultado de Examen de Sangre** \_\_\_\_\_ (Si el niño(a) reside en Chicago, se requiere examen de la sangre.)

**Examen de la piel para el TB** Se recomienda sólo para niños en grupos de alto riesgo, incluye a niños que tienen sistema inmune supreso debido a infección del VIH (HIV) u otras condiciones, inmigrantes recién llegados de países de alta prevalencia, o aquellos adultos o expuestos en categorías de alto riesgo. Vea las guías del CDC. **Fecha que se leyó** / / **Resultado** mm

<b>PRUEBAS DE LAB. *INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO</b>		Fecha	Resultados	Fecha	Resultados
Hemoglobina * o Hematocrito*					Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como se requiera)
Análisis de Orina					Otro
<b>SISTEMA DE REVISIÓN</b>	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades		Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades
Piel				Endocrino	
Oídos				Gastrointestinal	
Ojos	Normal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evaluación objetiva Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado _____ Ambliopía Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrista Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Génito-Urinario	LMP
Naríz				Neurrológico	
Garganta				Músculo esquelético	
Boca / Dental				Examinación de espina dorsal	
Cardiovascular/HTN				Estado de Nutrición	
Respiración				Salud Mental	

**NECESIDADES/MODIFICACIONES** requeridas en el ámbito escolar **DIETA** Necesidades / Restricciones

**INSTRUCCIONES ESPECIALES/ DISPOSITIVOS** ejem. lentes de protección, ojo de vidrio, protector de pecho para la arritmia, marcapasos, aparato de prótesis, puentes dentales, dentaduras, sostén / copa para deportes

**SALUD MENTAL / OTRO:** ¿Piensa usted que hay algo más que la escuela debe saber sobre el estudiante?

Si a usted le gustaría hablar de la salud de este estudiante con la escuela o personal de salud escolar, marque el título:  Enfermera  Maestro  Consejero  Principal

**ACCIÓN DE EMERGENCIA** se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejem., convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias de alimentos, alergia al cacahuate (maní), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? Sí  No  Si contestó sí, por favor descríbalos.

Basado en el examen de este día, yo apruebo que este niño(a) participe en: **(Si la respuesta es No o es Modificada, por favor adjunte explicación)**  
EDUCACIÓN FÍSICA Sí ? No ? **Modificada ? DEPORTES ENTRE ESCUELAS** (por un año) Sí  No  **Limitado**

**Médico / Enfermera de Práctica Avanzada / Asistente de Médico que hace el examen**

Nombre (letra de molde)	Firma	Fecha
Dirección	Teléfono	

(Complete ambos lados)