

**Escuelas de Maryland  
Registro de  
Exámen Físico**

A los padres o guardianes:

Se requiere lo siguiente para que su hijo asista a una escuela en el estado de Maryland por primera vez:

- **Un Exámen Físico hecho por un doctor u enfermera certificada en un tiempo de no más de nueve meses antes o seis meses después de haber ingresado al sistema de educación pública.** Un formato de Exámen Físico designado por el Departamento de Educación y el Departamento de Higiene y Salud Mental del Estado de Maryland se deberá usar para éste requisito. (<http://www.dsd.state.md.us/comar/13a/13a.05.05.07.htm>)
- **Para todos los estudiantes del prekindergarten al grado 12 se requiere evidencia completa de inmunizaciones primarias en contra de ciertas enfermedades fácilmente transmitidas en la infancia.** Se podrá obtener una Certificación de Inmunización del Estado de Maryland en el departamento de salud local o contactando al personal escolar. El formato de inmunización (DHMH 896) o un registro de inmunización generado por una computadora y la obtención de las inmunizaciones deberán ser completadas antes de que el alumno pueda asistir a la escuela. Este formato se puede encontrar en: <http://www.edcp.org/pdf/DHMH896new.pdf>.
- **Evidencia de análisis sanguíneo es requisito para todos los alumnos que viven en áreas de riesgo cuando entran al Pre-kindergarten, Kindergarten y 1er grado.** El certificado de análisis sanguíneo (DHMH 4620) (u otro documento escrito firmado por un Practicante del Cuidado de la Salud) se deberá usar para cumplir con este requisito. El formato se puede encontrar en: <http://www.fha.state.md.us/och/pdf/MarylandDHMHBloodLeadTestingCertificateDHMH4620.pdf>.

Será exento de exámenes físicos e inmunizaciones si va en contra de las creencias religiosas del estudiante o de la familia. Un estudiante también será exento de los requisitos de inmunización, si un doctor/enfermera practicante o un oficial del departamento de salud certifica que por razones médicas no puede recibir la vacuna. Será exento de prueba de plomo en la sangre si va en contra de las creencias religiosas de la familia. El certificado de la prueba de plomo en la sangre deberá tener la firma del Practicante de Salud explicando que se realizó un cuestionario.

La información de salud en este formato estará disponible solo para el personal de salud y educación que tienen un interés legítimo en el estudiante.

**Favor de completar la Parte I del formato de Exámen Físico. La Parte II deberá ser completada por un doctor o una enfermera practicante, se deberá anexar una copia a este formato.**

**Si su hijo requiere que se le administre medicación en la escuela, deberá pedirle a su doctor que llene un formato de administración de medicamento, el doctor deberá llenar un formato por separado por cada medicamento. Este Formato se puede localizar en <http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/8D9E900E-13A9-4700-9AA8-5529C5F4C749/3341/medicationform404.pdf>. Si usted no tiene acceso a un doctor o enfermera practicante o si su hijo requiere un procedimiento de salud especialmente individualizado, favor de contactar al director y/o enfermera en la escuela de su hijo.**

Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland Departamento de Educación del Estado de Maryland  
**Estos formatos se conservarán en el archivo escolar hasta que el alumno tenga 21 años de edad,**

**PARTE I – EVALUACIÓN DE SALUD****Para ser completado por el padre o guardián**

Nombre del Estudiante (Nombre y Apellidos)	Fecha de nacimiento (Mes.Día.Año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)			Teléfono	
Nombres de padres o guardianes				
¿A dónde llevan al estudiante para cuidado médico de rutina?				
Nombre:		Dirección:		Teléfono
¿Cuándo fue su examen Físico más reciente? Mes			Año	
¿A dónde llevan al estudiante para cuidado de salud dental?				
Nombre:		Dirección:		Teléfono
<b>EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE</b>				
De acuerdo a su conocimiento ¿Ha tenido su hijo problemas con algunos de los siguientes? Por favor marque todos los que aplican				
	Sí	No	Comentarios	
Alérgias (Comida, Insectos, Drogas, Latex)				
Alérgias (Temporales)				
Asma o Problemas Respiratorios				
Conducta o Problemas Emocionales				
Defecto de Nacimiento				
Problema de Sangrado				
Parálisis Cerebral				
Dental				
Diabétes				
Problemas de oído o sordera				
Problemas de vista o con los ojos				
Golpes en la cabeza				
Problemas del Corazón				
Hospitalización (Dónde y cuándo)				
Expuesto al plomo o envenado por plomo				
Problemas o dificultad de aprendizaje				
Limitantes en actividad física				
Meningitis				
Prematuro				
Problemas de vejiga				
Problemas con los intestinos				
Problemas de toser				
Ataques epilépticos				
Reacciones alérgicas serias				
Enfermedad de Celula Falsiforme				
Problemas del habla				
Cirugías				
Otro				
¿Toma medicamentos?				
No		Sí		Nombre(s) de los medicamentos:
¿Toma tratamiento especial? (nebulizador, epi-pen, etc.)				
No		Sí		Tratamiento
¿Requiere procesos especiales? (cateterización, etc.)				
No		Sí		Fecha: _____
Firma del padre o tutor				
Yes No			Comments	

**PART II - SCHOOL HEALTH ASSESSMENT**

Para ser completado **ÚNICAMENTE** por un médico o enfermera  
practicante

Student's Name (Last, First, Middle)	Birthdate (Mo. Day Yr.)	Sex (M/F)	Name of School	Grade		
1. Does the child have a diagnosed medical condition? No      Yes						
2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while he/she is at school? (e.g., seizure, insect sting allergy, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please "work with your school nurse to develop an emergency plan". No      Yes						
3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern?						
Evaluation Findings/CONCERNS						
Physical Exam	WNL	ABNL	Area of Concern	Health Area of Concern	YES	NO
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		
REMARKS: (Please explain any abnormal findings.)						

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS** – DHMH 896 is required to be completed by a health care provider or a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No      Yes _____ <b>(A medication administration form must be completed for medication administration in school).</b>		
6. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No      Yes _____		
<b>7. Screenings</b>	<b>Results</b>	<b>Date Taken</b>
Tuberculin Test		
Blood Pressure		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Lead Test	Optional	

**PART II - SCHOOL HEALTH ASSESSMENT - continued**

Para ser completado **ÚNICAMENTE** por un médico o enfermera practicante

(Child's Name) \_\_\_\_\_ has had a complete physical examination and has:

no evident problem that may affect learning or full school participation      problems noted above

Additional Comments:

Physician/Nurse Practitioner (Type or Print)	Phone No.	Physician/Nurse Practitioner Signature	Date
--	-----------	--	------