



TARJETA 6 DEL EXPEDIENTE ESTUDIANTIL

Maryland State Department of Education
Maryland State Department of Health
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Rockville, Maryland

MCPS Form SR-6
Enero 2017
Página 1 de 4

EXPEDIENTE DE EXAMEN FÍSICO DE LAS ESCUELAS DE MARYLAND

A los Padres/Guardianes:

Para que su hijo/a pueda ingresar a una escuela pública de Maryland por primera vez, se exige lo siguiente:

- **Se debe completar un examen físico efectuado por un proveedor autorizado de cuidados de la salud dentro de un período de nueve meses anteriores a ingresar al sistema escolar público o dentro de un período de seis meses de haber ingresado al sistema.** Para cumplir con este requisito, se debe utilizar un formulario de examen médico designado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education–MSDE) y el Departamento de Salud y Salud Mental (Department of Health and Mental Hygiene–DHMH).
- **Se exige evidencia de todas las vacunas principales contra ciertas enfermedades infantiles contagiosas a todos los estudiantes desde Preescolar hasta el Grado 12.** Se puede obtener un formulario de Certificado de Inmunizaciones de Maryland (Maryland Immunization Certification) para estudiantes recién matriculados del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) local o del personal de la escuela. Este formulario y las inmunizaciones que se exigen deben completarse antes de que un niño/a pueda asistir a la escuela. (Form DHMH 896).
- **Se exige evidencia de prueba de sangre a todos los estudiantes que residen en un área designada como área de riesgo al ingresar a Pre-Kindergarten, Kindergarten, y al Grado 1.** Se utilizará el certificado de prueba contra envenenamiento por plomo (DHMH 4620) (u otro documento escrito firmado por un proveedor de cuidados de la salud) para cumplir con este requisito.

Se permiten exenciones a las inmunizaciones si estas son contrarias a las creencias religiosas de un/a estudiante o de su familia, y requiere la firma del padre/madre/guardián en el Formulario DHMH 896. Los estudiantes también pueden quedar exentos de los requisitos de inmunización si un proveedor autorizado de cuidados de la salud certifica que existe una razón médica para no recibir una vacuna. Se permiten exenciones a la prueba de sangre contra envenenamiento de plomo en la sangre si la misma es contraria a las creencias y prácticas religiosas de la familia. El certificado de Plomo en la Sangre debe estar firmado por un proveedor autorizado de cuidados de la salud que indique que se completó un cuestionario.

La información de salud suministrada en este formulario estará disponible únicamente para el personal de salud y de educación que tengan un interés educacional legítimo en su hijo/a.

Para poder ayudar a su hijo/a a aprovechar al máximo su experiencia educativa, por favor complete la Parte I de este formulario de Examen Físico. La Parte II debe ser completada por un proveedor autorizado de cuidados de la salud, o adjunte a este formulario una copia del examen físico de su hijo/a. Si su hijo/a requiere un medicamento y/o un tratamiento que debe administrarse en la escuela, usted debe pedirle a un proveedor autorizado de cuidados de la salud que complete un formulario de administración de medicamento y/o del tratamiento que debe administrarse. Estos formularios se pueden obtener en la escuela de su hijo/a o en línea en el sitio de Internet de Montgomery County Public Schools (MCPS): [MCPS Form 525-12, Autorización para Proveer Tratamiento Médico Prescrito \(Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment\)](#), [Acuerdo de Liberación e Indemnización \(Release and Indemnification Agreement\)](#); [MCPS Form 525-13, Autorización para Suministro de Medicamento Recetado \(Authorization to Administer Prescribed Medication\)](#), [Acuerdo de Liberación e Indemnización \(Release and Indemnification Agreement\)](#); [MCPS Form 525-14, Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia \(Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis\)](#), [Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina \(Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector\)](#). Si usted no tiene acceso a un proveedor autorizado de cuidados de la salud, o si su hijo/a requiere un procedimiento de salud individualizado especial, por favor comuníquese con el director/a de la escuela y/o con el enfermero/a en la escuela de su hijo/a.

Por favor complete este formulario de Examen Físico y devuélvalo a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

PARTE 1 EVALUACIÓN DE SALUD Debe ser completada por el padre/madre/guardián			No. de Estudiante de MCPS
Nombre del/de la Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Nombre de la Escuela	Grado
Domicilio (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Número de teléfono	
Nombres del Padre/Madre/Guardián			
¿Por lo general, adónde lleva a su hijo/a para recibir cuidados médicos de rutina? Nombre: Dirección:		Número de Teléfono	
¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a tuvo un examen físico?	Mes	Año	
¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a tuvo un examen dental?	Mes	Año	
¿Por lo general, adónde lleva a su hijo/a para recibir servicios dentales? Nombre: Dirección:		Número de Teléfono	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL/DE LA ESTUDIANTE			
A su mejor saber y entender, ¿padece su hijo/a de una de las siguientes condiciones? Por favor indique SÍ o NO a continuación.			
	SÍ	No	Comentarios
Anafilaxia o reacciones alérgicas severas			
Alergias (Alimentos, Insectos, Medicamentos, Latex)			
Alergias (de Temporada)			
Asma o Problemas de Respiración			
Problemas de Comportamiento o Emocionales			
Defectos de Nacimiento			
Problemas de Hemorragia			
Parálisis Cerebral			
Problemas Dentales			
Diabetes			
Problemas del Oído o Sordera			
Problemas en los Ojos o de Visión			
Lesión en la Cabeza			
Problemas del Corazón			
Hospitalización (Cuándo, Dónde, Por Qué)			
Envenenamiento por Plomo/Exposición			
Problemas de aprendizaje/discapacidades			
Limitación en Actividad Física			
Meningitis			
Nacimiento Prematuro			
Problemas de Vejiga			
Problemas Intestinales			
Problemas de Tos			
Convulsiones			
Enfermedad de Células Falciformes			
Problemas del Habla			
Cirugía			
Otro			
Su hijo/a, ¿toma algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre/s del/de los Medicamento/s: _____			
¿Requiere su hijo/a que se le administre algún medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre/s del/de los Medicamento/s: _____			
¿Requerirá su hijo/a que se le administre en la escuela algún medicamento de emergencia (autoinyectores de epinefrina, inhaladores, glucagón, Diastat®, medicamento de nebulización, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es Sí, por favor enumere _____)			
¿Necesitará su hijo/a que se le administren en la escuela tratamientos especiales (alimentación por sondas, cateterismos, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, por favor enumere _____			
Firma del padre/madre/guardián			Fecha

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (PARTE II EVALUACIÓN DE SALUD EFECTUADA POR LA ESCUELA) To be completed ONLY by authorized health care provider (Debe ser completada SOLAMENTE por un proveedor autorizado de cuidados de la salud)		MCPS ID#	
Student's Name (Last, First, Middle)	Birthdate (Mo., Day, Yr.)	Name of School	Grade
1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			
2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			
3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			

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/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** DHMH 896 is required to be completed and attached by an authorized 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

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes

7. Screenings	Results	Date Taken
Tuberculin Test		
Blood Pressure		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Lead Test DHMH 4620		

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT *(continued)*
(PARTE II EVALUACIÓN DE SALUD EFECTUADA POR LA ESCUELA)
To be completed ONLY by authorized health care provider
(Debe ser completada SOLAMENTE por un proveedor autorizado de cuidados de la salud)

(Student 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:

Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print)	Phone No.	Authorized Health Care Provider Signature	Date
---	-----------	---	------