



Tarjeta 6 del Expediente del/de la Estudiante

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

MCPS Form SR-6
Enero 2018
Página 1 de 4

ESCUELAS DE MARYLAND, REGISTRO DE EXAMEN FÍSICO

A los Padres o 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 de Maryland (Maryland Department of Health–MDH).
- **Se exige evidencia de todas las vacunas básicas 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 requeridas se deben completar antes de que un niño/a pueda asistir a la escuela. (Formulario MDH 896)
- **Se exige evidencia de una prueba de concentración de plomo en la sangre para todos los estudiantes que residen en un área designada como área de riesgo o que están inscritos en Medicaid cuando ingresan por primera vez a Prekindergarten, Kindergarten y el Grado 1, y para todos los niños nacidos el 1ro. de enero, 2015, o después.** Se utilizará el Certificado de la Prueba de Concentración de Plomo en la Sangre (DHMH 4620) del Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland (u otro documento escrito firmado por un proveedor autorizado 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 896 de MDH. Los estudiantes también podrían 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 concentración de plomo en la sangre si la misma contradice las creencias y prácticas religiosas de la familia. El Certificado de Prueba de Concentración 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 tenga 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 web de Montgomery County Public Schools (MCPS) www.montgomeryschoolsmd.org: Formulario 525-12 de MCPS, *Autorización para Proveer Tratamiento Médico Prescrito, Acuerdo de Liberación e Indemnización*; Formulario 525-13 de MCPS, *Autorización para Suministro de Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización*; Formulario 525-14 de MCPS, *Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia, Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina*. 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 I 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 | |
| Nombre del Padre/Madre/Guardián | | | |
| ¿Por lo general, adónde lleva a su hijo/a para recibir cuidados médicos de rutina? | | | Número de Teléfono |
| Nombre: | | Dirección: | |
| ¿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? | | | Número de Teléfono |
| Nombre: | | Dirección: | |

| 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 de Oído o Sordera | | | |
| Problemas en los Ojos o la Vista | | | |
| 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 | | | |
| ¿Toma algún medicamento su hijo/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, nombre/s del medicamento/s: _____ | | | |
| ¿Requiere su hijo/a que se le administre algún medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, nombre/s del medicamento/s: _____ | | | |
| ¿Requerirá su hijo/a que se le administre en la escuela algún medicamento de emergencia (auto-inyector de epinefrina, inhalador, glucagón, Dias-tat®, 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 |

| | | | |
|--|--|------------------------------|----------------|
| PARTE II (PART II) SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (EVALUACIÓN DE SALUD ESCOLAR) To be completed ONLY by authorized health care provider (Debe ser completada ÚNICAMENTE 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:** MDH 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 (actual value, or positive/negative) | Date Taken |
|--------------------------------|--|------------|
| Tuberculin Test | | |
| Blood Pressure/Heart Rate | | |
| Height | | |
| Weight | | |
| BMI %tile | | |
| Blood Lead Testing (DHMH 4620) | | |

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

(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 |
|---|-----------|---|------|