

INFORMACION MEDICA DE NIÑO (A)

Nombre de niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Altura: _____ Peso: _____ PA: _____

Esto es para certificar que yo he sido examinado _____ y han encontrado que él/ella

- Ha tenido las inmunizaciones requeridas por la sección 3313.671 del código revisado de Ohio para la admisión a la escuela, o ha tenido las inmunizaciones requeridas por el DEPARTAMENTO DE SALUD DE OHIO para bebés y niños pequeños o _____ esta exento de estos requisitos por razones médicas o religiosas.
REGISTRO DE INMUNIZACIONES: Ingrese mes/ día/ año de cada inmunización a continuación o adjunte una copia del registro.

Limitaciones de la condición de salud (incluyendo alergias, medicamentos, restricciones dietéticas).

HEP B
DTP
POLIO
MMR
HIB
Varicella

*El 5th DTP y 4th Polio deben administrarse justo antes de la entrada al preescolar a la escuela

*Solo es requiere una dosis HIB si se administra después de los 15 meses de edad. Por Favor indique se 4th HIB no es requerida.

- Está libre de enfermedades contagiosas aparentes y es una condición adecuada para asistir a un programa preescolar, de acuerdo con su historial médico y condición física en el momento de este examen.

Immunizaciones			
Completas		Si	No
En proceso		Si	No

Exento de Inmunizaciones		
Convicción religiosa	Si	No
Preocupación por la Salud	Si	No
Otra		

Este niño ha sido examinado y está en condiciones adecuadas para participar en el cuidado de grupo.

Firma del médico que examino/ asistente médico o enfermera de practica avanzada. (Circule una)	Fecha del examen
Dirección:	
Teléfono:	

Obligatorio para los niños inscritos en un Programa de ayuda para la Educación Preescolar o en el Programa de Educación Especial Preescolar. Opcional para otras preescolares.

Evaluaciones/ Proyecciones	Completa	Fecha de finalización	Motiva para no completarla
Visión	Sí No		
Audición	Sí No		
Dental	Sí No		
Plomo	Sí No		
Hemoglobina	Sí No		

Consentimiento de los padres para la divulgación de esta declaración médica: Yo, el tutor legal, autorizo el uso a esta declaración médica a la escuela de San Pedro.

Firma del Padre/Madre o Guardian

Fecha de firma