

ESTUDIANTE:
SEXO - DOB:
PAÍS:

DOCUMENTO INFORMATIVO, RELLENAR SOLO LA VERSIÓN EN INGLÉS

Página 1 de 4
HISTORIAL MÉDICO

PERFIL MÉDICO DE UN ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

PADRE / TUTOR:

Rellene las páginas 1 y/o 2 antes de presentarlas al médico para el examen físico, si es posible. En caso contrario, pida al médico que las rellene. Haga que un médico verifique las páginas 1 y 2 y rellene la página 3; utilice la página 4 para *provide specifics (date, severity, etc.)* para cualquier pregunta marcada como **SÍ** en la página 1 (Historial médico).

P a d r e / m a d r e / t u t o r del estudiante _____

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos con y sin receta y suplementos (herbales/nutricionales) que el estudiante esté tomando actualmente:

ALERGIAS

¿Tiene el alumno alguna alergia importante? **NOSÍ** (en caso afirmativo, seleccione las alergias específicas y la reacción)

Medicamentos: _____
Reacción: _____
Polen/Estacional: _____
Reacción: _____
Alimentos: _____
Reacción: _____
Insectos/Animales: _____
Reacción: _____

Rellene la siguiente sección con una "X" en la columna **SÍ**, si procede. Déjelo en blanco si la respuesta a una pregunta es **NO**.

SALUD GENERAL: ¿Tiene el alumno...	SÍ	HUESO/JOINT: ¿Tiene el alumno...	SÍ
1. ¿Tiene alguna enfermedad? En caso afirmativo, indíquelo:		20. ¿Ha tenido un hueso roto o fracturado, una fractura por estrés o una articulación dislocada?	
Asma Anemia Diabetes Infección		21. ¿Te has lesionado un músculo, ligamento o tendón?	
Otros _____		22. ¿Necesitó una radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyección o fisioterapia tras una lesión?	
2. ¿Has pasado más de una noche en el hospital?		23. ¿Le duelen las articulaciones, se le hinchan, se le calientan o se le enrojecen?	
3. ¿Ha sido operado alguna vez?		PIEL: ¿Tiene el alumno...	SÍ
4. ¿Ha tenido alguna vez un ataque?		24. ¿Tuvo sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?	
5. ¿Ha nacido sin o le ha faltado un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?		25. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes o MRSA?	
6. ¿Se ha puesto alguna vez enfermo mientras hacía ejercicio con calor?		GENITOURINARIO: ¿Tiene el estudiante...	SÍ
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		26. ¿Ha tenido dolor en la ingle o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?	
CABEZA/PAÑUELO/ESPINA: ¿El alumno...	SÍ	27. ¿Ha tenido infecciones del tracto urinario o enuresis?	
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza con el ejercicio?		DENTAL:	
9. ¿Ha sufrido alguna vez un traumatismo craneal o una conmoción cerebral?		28. ¿Ha tenido el alumno algún dolor o problema con sus encías o dientes?	
10. ¿Ha notado o le han dicho que tiene la columna curvada o escoliosis?		29. Última visita al dentista:	< de 1 año 1-2 años > 2 años
11. ¿Ha tenido algún problema en los ojos (visión) o ha sufrido alguna lesión ocular?		SOCIAL/APRENDIZAJE/PSICOLÓGICO: ¿El alumno...	SÍ
12. ¿Le han recetado gafas o lentillas?		30. ¿Le han dicho que tiene problemas de aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH, etc.?	
13. ¿Ha tenido pérdida de audición o problemas de audición?		31. ¿Has sido víctima de acoso o has experimentado conductas de acoso?	
CORAZÓN/PULMONES: ¿El alumno...	SÍ	32. 32. ¿Ha sufrido un duelo importante, un trauma u otros acontecimientos vitales significativos?	
14. ¿Ha utilizado alguna vez un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		33. 33. ¿Ha mostrado cambios significativos en su comportamiento, relaciones sociales, notas, hábitos alimenticios o de sueño?	
15. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene un problema de corazón? En caso afirmativo, identifíquelo:		34. ¿Has estado preocupado/a, triste, disgustado/a o enfadado/a la mayor parte del tiempo?	
Soplo o infección Hipertensión arterial		35. ¿Ha mostrado una pérdida general de energía, motivación, interés o entusiasmo?	
Colesterol altoEnfermedad de Kawasaki		36. ¿Te preocupa el peso? ¿Has intentado ganar o perder peso o te han recomendado que ganes o pierdas peso?	
Otros _____		37. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?	
16. Un médico le ha dicho que se haga una prueba cardíaca (ECG/EKG, etc.)		38. ¿Le ha evaluado alguna vez un médico por algún problema social, de aprendizaje y/o psicológico?	
17. ¿Tuvo tos, sibilancias, dificultad para respirar, le faltó el aire o se sintió mareado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		PREGUNTAS o PREOCUPACIONES:	SÍ
19. ¿Sintió que su corazón se aceleraba o se saltaba latidos durante el ejercicio?		39. ¿Hay alguna otra pregunta o inquietud que el estudiante, los padres o el tutor deseen discutir con el proveedor de atención médica? (en caso afirmativo, escríbalas en la página 4)	
18. ¿Ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información es veraz y completa.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

DOCUMENTO INFORMATIVO, RELLENAR

Página 2 de 4

GENERO: _____

PAÍS: _____

SOLO LA VERSIÓN EN INGLÉS

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA VACUNACIÓN

Puede ser rellenado preliminarmente por el padre/madre/tutor, pero debe ser verificado y firmado por un médico.

Please write legibly the month/day/year of every dose administered. Non-legible immunization history will be denied.

Si una vacuna específica está médicamente contraindicada, utilice el espacio adicional de la página 4 para explicar la razón médica de la contraindicación.

Registrar las fechas completas (Mes / Día / Año) de las dosis de vacunas administradas.

IMPORTANTE: Las vacunas marcadas con (*) son obligatorias. Siga las dosis/instrucciones específicas en gris para evitar problemas de inscripción en la escuela. Los estudiantes deben comprobar sus vacunas una vez confirmada la ubicación de su familia de acogida/colegio. Los estudiantes que no hayan recibido las vacunas requeridas por el estado (o provincia) a su llegada tendrán que recibirlas antes de entrar en el colegio. Vacunas administradas durante su estancia en el programa tendrá un coste para el estudiante y no estará cubierto por el seguro.

El programa tendrá un costo para el estudiante y no estará cubierto por el seguro.						
Vacuna / Dosis	1	2	3	4	5	6
* Difteria, tétanos, tos ferina (DTP, DTaP,Td)	1	2	3	4	5	6
* Refuerzo contra el tétanos, la difteria y la tos ferina después de los 7 años de edad (Tdap)	1	DTaP 5 dosis o 4 dosis si la 4ª dosis se recibió a los 4 años o más o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir de 1 año Tdap: No hay intervalo mínimo desde la última dosis de Td siempre que la dosis se haya recibido a los 7 años o más				
* Poliomiелitis (IPV, OPV)	1	2	3	4	3 dosis de Polio son aceptables para todos los niveles de grado si el La 3ª dosis se administró al cumplir los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior	
* Sarampión, paperas, rubéola (SPR)	1	2	La primera dosis de la vacuna triple vírica debe haberse recibido el día del primer cumpleaños o después. La segunda dosis debe haberse recibido al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se considere válida. Sarampión, paperas: se requieren 2 dosis Rubéola: Se requiere al menos una			
* Varicela	1	2	Confirmación serológica de la inmunidad Fecha del análisis de sangre (adjuntar los resultados) / Fecha de la enfermedad			
* Hepatitis B (VHB)	1	2	3	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B del adulto (Recombivax) para los niños que hayan recibido las dosis con un intervalo mínimo de 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad La edad mínima para la 3ª dosis de la vacuna contra la hepatitis B es de 24 semanas de edad		
COVID-19	1	2	Confirmación serológica de la inmunidad Fecha del análisis de sangre (adjuntar los resultados) / Fecha de la enfermedad			
Hepatitis A (Exigido por la mitad de los centros de prácticas)	1	2	Confirmación serológica de la inmunidad Fecha del análisis de sangre (adjuntar los resultados) / Fecha de la enfermedad			
Meningococo (MCV4) (Exigido por la mayoría de los centros d e prácticas)	1	2	Vacuna meningocócica conjugada ACWY. (edad mínima: 6 semanas) 2 dosis o 1 dosis si la dosis se recibió a los 16 años o más.			
Virus del papiloma humano	1	2	3	Sólo mujeres		
Otros	1	2	3	4	5	6
Otros	1	2	3	4	5	6
Otros	1	2	3	4	5	6

Observaciones/Contraindicaciones

Por la presente certifico que este niño está vacunado de forma adecuada o apropiada para su edad y verifico el historial de vacunación anterior.

Si se añaden fechas al historial de vacunación anterior después de haberlo firmado originalmente, ponga sus iniciales junto a la(s)

fecha(s) y vuelva a firmar aquí. Nombre en letra de imprenta del proveedor médico/médico _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

ESTUDIANTE:
GÉNERO - DOB:
PAÍS:

Página 3 de
4
EXAMEN FÍSICO

PROVEEDOR MÉDICO/MÉDICO:

Por favor, revise y firme el Historial del Estudiante (Página 1)

Utilice la página 4 para hacer comentarios o aclaraciones sobre las preguntas marcadas como Sí en el historial médico (página 1) y/o en el examen físico.

EXAMEN	MARCAR UNO			HALLAZGO ANORMAL / RECOMENDACIONES / APLAZAMIENTOS
	NORMAL	ABNORMAL	APLAZAR	
Altura (cm):				https://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html
Peso (lb / kg):				
Índice de masa corporal (IMC):				
Percentil de IMC por edad: %				
Pulso:				
Presión sanguínea: /				
Cabello/Escalpa				
Ojos/Visión Corregida				
Oídos				
Nariz y garganta				
Dientes y encía				
Glándulas linfáticas				
Corazón				
Pulmones				
Abdomen				
Genitourinario				
Sistema neuromuscular				
Extremidades				
Columna vertebral (escoliosis, etc.)				
Otros				

Prueba de detección de la tuberculosis (TB) (escriba la fecha en formato mes/día/año de forma legible):

Sólo se requiere 1 prueba	Fecha del análisis de sangre	Resultados	
	Mantoux (TST) Fecha de la prueba	Fecha de lectura	Resultados
Obligatorio si la prueba da positivo	Fecha de la radiografía de tórax	Resultados	

Afecciones psicológicas, afecciones médicas o enfermedades crónicas que requieran medicación, restricción/limitación de actividades físicas, interpersonales/sociales y/o académicas.

(marque con un círculo la opción que corresponda e incluya sus comentarios en la página 4, si procede)

Plena participación/habilitación ilimitada en TODOS los deportes/actividades físicas, sociales y académicas.

Participación/capacidad limitada en actividades físicas, sociales o académicas (especifique cuáles en la página 4)

Sin participación en actividades deportivas (especifique por qué en la página 4)

Otras condiciones / existen enfermedades crónicas (especifique todos los detalles en la página 4)

Nombre en letra de imprenta del proveedor médico/médico _____

Firma del médico _____ Fecha _____

**DOCUMENTO INFORMATIVO, RELLENAR
SOLO LA VERSIÓN EN INGLÉS**

COMENTARIOS MÉDICOS
ADICIONALES**PROVEEDOR MÉDICO/MÉDICO:**

Por favor, rellene esta página en inglés (si es necesario, traduzca e incluya las conclusiones en el idioma original como página adicional)
Añada comentarios si ha marcado "Si" en Historial médico o si necesita más aclaraciones sobre las vacunas o el examen físico.

[illegible]

Nombre en letra de imprenta del proveedor médico/médico _____

Firma del médico _____ Fecha _____