

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO EXIGIDO POR LAS ESCUELAS DE NYS  
PARA SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD PRIVADO O EL DIRECTOR MÉDICO ESCOLAR**

**Nota:** NYSED requiere un examen médico para estudiantes de nuevo ingreso y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares; y documentos funcionales según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

|          |   |                   |
|----------|---|-------------------|
| Nombre:  | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha nacimiento: |
| Escuela: | Grado:  | Fecha del examen: |

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

**Alergias**  No  Orden de medicamentos/tratamiento adjunta  Plan de atención de anafilaxia adjunto  
 Sí, indique el tipo  Alimentos  Insectos  Látex  Medicamentos  Ambiental

**Asma**  No  Orden de medicamentos/tratamiento adjunta  Plan de atención de asma adjunto  
 Sí, indique el tipo  Intermittente  Continua  Otra : \_\_\_\_\_

**Convulsiones**  No  Orden de medicamentos/tratamiento adjunta  Plan de atención de convulsiones adjunto  
 Sí, indique el tipo  Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_

**Diabetes**  No  Orden de medicamentos/tratamiento adjunta  Plan de control médico de diabetes adjunto  
 Sí, indique el tipo  Tipo 1  Tipo 2  Resultados de HbA1c: \_\_\_\_\_ Fecha muestra: \_\_\_\_\_

**Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes:**  
*Considere hacer pruebas para detectar DMT2 (diabetes tipo 2) si el IMC% > 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: Antecedentes familiares de DM2, origen étnico, síntomas de resistencia a la Insulina, antecedentes de diabetes gestacional de la madre; y / o prediabetes.*

**Hiperlipidemia:**  No  Sí **Hipertensión:**  No  Sí

**EXAMEN/EVALUACIÓN MÉDICA**

|   |                          |                          |               |   |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|
| <b>Altura:</b>  | <b>Peso:</b>             | <b>PA:</b>               | <b>Pulso:</b> | <b>Respiraciones:</b>   |
| <b>PRUEBAS</b>  | <b>Positivo</b>          | <b>Negativo</b>          | <b>Fecha</b>  | <b>Otras preocupaciones médicas pertinentes</b>   |
| PPD/ PRN  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               | Uno funcional: <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Testículo |
| Evaluación cel. falciforme/PRN  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               | <input type="checkbox"/> Conmoción – Último incidente: _____  |
| <b>Concentración de plomo requerido para grados Pre- K y K</b>  |                          |                          | <b>Fecha</b>  | <input type="checkbox"/> Salud mental: _____  |
| <input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> Plomo elevado $\geq 10$ $\mu\text{g/dL}$ |                          |                          |               | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

**Revisión y examen del sistema completamente normal**

**Marque las casillas de evaluación *fuera* de los límites normales y anote en anomalías**

|                                 |  |  |                                       |   |
|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HEENT  | <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> Abdomen                   | <input type="checkbox"/> Extremidades | <input type="checkbox"/> Habla          |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Cardiovascular      | <input type="checkbox"/> Espalda/Columna vertebral | <input type="checkbox"/> Piel         | <input type="checkbox"/> Socioemocional |
| <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Pulmones            | <input type="checkbox"/> Genitourinario            | <input type="checkbox"/> Neurológico  | <input type="checkbox"/> Osteomuscular  |

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones: | Diagnósticos/Problemas (enumerar) | Código ICD-10 |
|   | _____                             | _____         |
|   | _____                             | _____         |
|   | _____                             | _____         |
| <input type="checkbox"/> Información adicional adjunta                    |                                   |               |

|         |                   |
|---------|-------------------|
| Nombre: | Fecha nacimiento: |
|---------|-------------------|

**EVALUACIONES**

| Visión  | Derecho                  | Izquierdo                      | Remisión  | Notas |
|---|--------------------------|--------------------------------|---|-------|
| Agudeza a distancia   | 20/                      | 20/                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |       |
| Agudeza a distancia con lentes  | 20/                      | 20/                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>       |       |
| Visión – Visión cercana   | 20/                      | 20/                            |   |       |
| Visión – Color <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> No pasa |                          |                                |   |       |
| Audición  | Derecho dB               | Izquierdo dB                   | Remisión  |       |
| Evaluación de tono puro   |                          |                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |       |
| Escoliosis  | Negativo                 | Positivo                       | Remisión  |       |
| Requerida para niños grado 9 y niñas grados 5 y 7                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |       |
| Grado de desviación:  | <input type="checkbox"/> | Ángulo de rotación del tronco: |   |       |

**Recomendaciones:**

**RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/PATIO DE JUEGOS/TRABAJO**

**Actividad plena** sin restricciones incluyendo educación física y atletismo.

**Restricciones/Ajustes** Utilice las categorías de deportes interescolares (a continuación) para restricciones o modificaciones

**No deportes de contacto** **Incluye:** béisbol, baloncesto, porristas para competencia, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol, softbol, voleibol y lucha libre

**No deportes sin contacto** **Incluye:** tiro al arco, bádminton, boliche, campo traviesa, esgrima, golf, gimnasia, rifle, esquiar, natación y buceo, tenis y atletismo

**Otras restricciones:**

**Etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética SOLAMENTE**  
 Grados 7 y 8 para jugar en el nivel de escuela secundaria **O** grados 9-12 para jugar deportes del nivel de la escuela intermedia  
 Estudiante está en la **Etapa Tanner:**  I  II  III  IV  V

**Adaptaciones:** Use el espacio adicional a continuación para explicar

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dispositivo ortopédico*   | <input type="checkbox"/> Aparato de colostomía*        | <input type="checkbox"/> Audífonos                  |
| <input type="checkbox"/> Bomba/sensor de insulina* | <input type="checkbox"/> Dispositivo médico/Protésico* | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador * |
| <input type="checkbox"/> Equipo de protección      | <input type="checkbox"/> Gafas deportivas de seguridad | <input type="checkbox"/> Otro:                      |

\* Consulte con el órgano rector atlético si se requiere la aprobación previa o completar un formulario para poder usar el dispositivo en competiciones atléticas.

Explique: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

**Formulario de orden de medicamentos necesarios en la escuela adjunto**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Lista de medicamentos tomados en casa:</b> |  |  |
|   |  |  |

**VACUNAS**

Registro adjunto  Reportado en NYSIIS Recibido hoy:  Sí  No

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD**

|   |               |
|---|---------------|
| Firma del proveedor médico:                       | <b>Fecha:</b> |
| Nombre del proveedor: <i>(con letra de molde)</i> | Sello:        |
| Dirección del proveedor:                          |               |
| Teléfono:   |               |
| Fax:  |               |

**Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando se haya completado totalmente.**