

INSTRUCCIONES PARA LOS FORMULARIOS DE SALUD

- Cuando examinen a su estudiante, haga que tanto el médico como el dentista completen las secciones correctas del formulario. Estos formularios deben devolverse a la oficina de salud escolar de su estudiante lo antes posible. (Los formularios de la clinica de su proveedor medico o dentista son aceptados)
- Las evaluaciones preventivas de la vista y la audición se completan en el otoño para todos los estudiantes de 4K, 5K, 1º, 3º y 8º grado y cualquier estudiante nuevo del distrito. Las evaluaciones también se pueden completar a pedido de un padre / tutor.
- El estudiante no debe estar en la escuela si no se siente bien o si existe alguna sospecha de una enfermedad contagiosa.
- A menos que esté exento por razones de salud, religiosas o convicciones personales, todo estudiante que se inscriba al Distrito Escolar de Edgerton es requerido por la Ley de Puntos de Control del Estado de Wisconsin que haya completado o esté en proceso de completar las siguientes vacunas:

3K & 4K

4 DTP/DTaP/DT

3 Polio

1 MMR

(Sarampión, Paperas, Rubéola)

1 Vacuna para Varicela

(o el año en que su estudiante tuvo la enfermedad)

3 Hepatitis B

5K – Grado 12

5 DTP/DTaP/DT

4 Polio

2 MMR

2 Vacuna para la Varicela

3 Hepatitis B

Julie Lodahl
Oficina de Salud Primaria
608-561-6010x11163

Deb Hogue
Oficina de Salud Intermediaria
608-561-6010x11162

Barb Kronforst
Oficina de Salud de Yahara
608-884-4931

Tracie Kransberger
EMS Oficina de Salud
608-561-6221

Brenda Lein
EHS Oficina de Salud
608-561-6025

Sandy Biviano, RN, BSN
Enfermera del Distrito Escolar de Edgerton
608-561-6061



FORMULARIO DE SALUD Y DENTAL

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: __ Escuela: _____ Grado: _____

Padre/Tutor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Medico Primario: _____ Fecha de última visita: _____

Nombre de la Clínica: _____ Dirección de la Clínica: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Fecha de última visita: _____

Nombre de la Clínica: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Se completó algún tratamiento dental? Sí _____ No _____ Innecesario _____

Con el proposito de proporcionar un entorno seguro y saludable para su estudiante en la escuela, nos gustaría saber sobre las necesidades de salud de su estudiante.

1. ¿Ha habido cambios importantes en la situación familiar en el último año, como la mudanza de una familia, la pérdida de alguien cercano o una enfermedad grave de cualquiera de los padres? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa:

2. Has your child had any serious accidents, illnesses, hospitalizations or injuries in the past year? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa:

3. Describa cualquier problema de salud o diagnóstico médico que pueda tener su hijo (i.e. asma, convulsiones, diabetes, problemas auditivos o de vision, or cualquier problema de salud).

4. ¿Su estudiante toma algún medicamento con regularidad? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa::

5. Por favor proporcione cualquier comentario / información adicional que le gustaría compartir sobre su estudiante.

6. ¿Ha habido alguna exposición a la tuberculosis? Sí _____ (año _____) No _____ En caso afirmativo, describa el tratamiento:

7. ¿Se puede compartir esta información con el personal escolar apropiado, según lo determine la enfermera de la escuela? Sí _____ No _____

8. Si su hijo tiene un problema de salud, ¿se puede incluir esta información en una lista de problemas de salud que se distribuye al personal y se mantiene en la oficina de salud de la escuela? Sí _____ No _____

Firma de Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

POR FAVOR REGRESE A LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR DE SU ESTUDIANTE

(VOLTEAR)

TO BE FILLED OUT BY YOUR PRIMARY PHYSICIAN

Physical Examination

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____ Pulse _____
 General appearance _____ General nutrition _____
 Vision: Acuity _____ Right eye _____ Left eye _____
 Hearing: Audiogram Right ear _____ Left ear _____

| TEST | NORMAL | ABNORMAL | NOT DONE | COMMENTS |
|--------------------|--------|----------|----------|----------|
| Skin | | | | |
| Head | | | | |
| Eyes | | | | |
| Ears | | | | |
| Nose | | | | |
| Mouth | | | | |
| Throat | | | | |
| Neck | | | | |
| Nodes | | | | |
| Chest | | | | |
| Lungs | | | | |
| Heart | | | | |
| Abdomen | | | | |
| Genitourinary | | | | |
| Neuromuscular | | | | |
| Spine | | | | |
| Extremities | | | | |
| Anus | | | | |
| Sexual Development | | | | |

Please describe any significant disabilities, developmental concerns or abnormal findings which would be helpful for the nurse to know about when providing care in the schools.

Please list any immunizations given today:

Is this child on any routine or long term medication? Yes ___ No ___ If yes, please describe:

Physician's Signature: _____ Date: _____ Phone: _____

TO BE FILLED OUT BY THE DENTIST

Dental Examination:

___ Child is involved in a preventive dental health program. ___ All necessary dental work has been completed.
 ___ Treatment is in progress. ___ No dental work is necessary.

Dentist's Signature: _____ Date: _____ Phone: _____

(OVER)

**State of Wisconsin
Department of Regulation and Licensing
KINDERGARTEN EYE HEALTH EXAMINATION REPORT**

Student's Name _____ Birth Date _____ Sex _____
Parent or Guardian _____ Phone _____
Address _____ County _____
School/Kindergarten _____ City _____
Date entering Kindergarten _____

The State of Wisconsin encourages parents of Kindergartners to arrange for their child's eyes to be examined by an optometrist or evaluated by a physician by December 31 of the child's first year in school. An examination or evaluation should include, at a minimum, the elements listed below. (By checking the box, the examining doctor is indicating that the element checked was performed.)

- Brief history (general health and eye health) of the child, including family history
- General external observation of the child's eyes and surrounding structures
- Ophthalmoscopic examination through an undilated pupil
- Gross measurement of peripheral vision
- Evaluation of eye coordination and function (alignment and motility)
- Visual acuity for each eye (separately)

Findings:

As a result of this examination, follow-up care for the child is recommended: Yes No

Date of examination:

Doctor/Physician Signature:

Print or stamp:

Doctor/Physician Name
Address
Phone

IMPORTANT NOTICE TO PARENTS

This examination is not required by law. Disclosure of the information noted above is necessary to comply with the statutory purpose as outlined in s. 118.135, Wis. Stats.

Disclosure of this information is voluntary and there is no penalty for non-compliance.

You are encouraged to provide a copy of this form to the school and keep a copy for your record.

Consent of parent or guardian: I agree to release the above information on my child to appropriate school authorities and consent to my child obtaining an eye examination.

Signature _____

Date _____

State of Wisconsin
Department of Regulation and Licensing
INFORME DEL EXAMEN DE SALUD DE LOS OJOS PARA KINDERGARTEN
(KINDERGARTEN EYE HEALTH EXAMINATION REPORT)

Nombre del Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____
 Padre/Madre o Guardián _____ Numero de Teléfono _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Condado _____
 Escuela/Kindergarten _____ Fecha de Ingreso _____

To be completed by the examining doctor

The State of Wisconsin encourages parents of Kindergartners to arrange for their child's eyes to be examined by an optometrist or evaluated by a physician by December 31 of the child's first year in school. An examination or evaluation should include, at a minimum, the elements listed below. (By checking the box, the examining doctor is indicating that the element checked was performed.)

- Brief history (general health and eye health) of the child, including family history
- General external observation of the child's eyes and surrounding structures
- Ophthalmoscopic examination through an undilated pupil
- Gross measurement of peripheral vision
- Evaluation of eye coordination and function (alignment and motility)
- Visual acuity for each eye (separately)

Findings:

As a result of this examination, follow-up care for the child is recommended: Yes No

AVISO IMPORTANTE A LOS PADRES DE FAMILIA

Este examen no es requerido por ley. La información anotada abajo es necesaria para cumplir con los requisitos establecidos en la sección 118.135 de los estatutos del Estado de Wisconsin.

El proporcionar esta información es voluntario y no hay ninguna sanción si usted no la proporciona. Le sugerimos que entregue una copia de esta forma a la escuela y que usted se quede con otra copia.

Consentimiento de padre/madre o guardián:

Estoy de acuerdo en proporcionar la información sobre mi hijo/a a las autoridades apropiadas de la escuela y estoy de acuerdo que mi hijo/a reciba el examen de los ojos.

Firma _____

Fecha _____

Date of examination:

Doctor/Physician Signature:

Print or stamp:
 Doctor/Physician Name
 Address
 Phone