

**REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES**

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

**PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)**A \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar  
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)en la \_\_\_\_\_. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)

a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., \_\_\_\_\_ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

**PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)**

Problems of which you should be aware:

Hearing: Allergies: medicine:

Vision: Insect stings:

Developmental: Food:

Language/Speech: Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

**IMMUNIZATION HISTORY:** (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

| VACCINE                                                                                                 | DATE EACH DOSE WAS GIVEN |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|-----|-----|-----|
|                                                                                                         | 1st                      | 2nd | 3rd | 4th | 5th |
| POLIO (OPV OR IPV)                                                                                      | / /                      | / / | / / | / / | / / |
| DTP/DTaP/<br>DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND<br>[ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS<br>AND DIPHTHERIA ONLY) | / /                      | / / | / / | / / | / / |
| MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)                                                                       | / /                      | / / |     |     |     |
| HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)<br>(HAEMOPHILUS B)                                        | / /                      | / / | / / | / / |     |
| HEPATITIS B                                                                                             | / /                      | / / | / / |     |     |
| VARICELLA (CHICKENPOX)                                                                                  | / /                      | / / |     |     |     |

**SCREENING OF TB RISK FACTORS** (listing on reverse side)

- ☐ Risk factors not present; TB skin test not required.
- ☐ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
- \_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have ☐ have not ☐ reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_

Date This Form Completed: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practitioner

---

---

## **FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:**

- \* Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
  - \* Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
  - \* Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
  - \* Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
  - \* Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
  - \* Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
  - \* Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
  - \* Tener anormalidades en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
  - \* Tener evidencia clínica de TB.
- 

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.