Aviso a Padres de los Requisitos de Vacunación y Evaluación de Salud Grados K-5

Nombre del Estudiante:

Vacunación

Los reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-5208 hasta 72-5211a) requieren que cada alumno inscrito por primera vez en una escuela de Kansas, presente prueba de que el alumno ha recibido las vacunas requeridas. El Certificado de Vacunaciones de Kansas enumera requisitos de vacunación basados en la edad y el nivel de grado.

Prueba de **cada uno de DTaP(Tétano, Difteria,Tosferina), IPV(anti polio), MMR(Paperas, Sarampión), Hepatitis A, Hepatitis B, y Varicela**, debe ser presentada antes de la admisión **y luego,** de acuerdo a la política de nuestro distrito, los refuerzos adicionales recibidos antes de

- El segundo lunes en octubre para estudiantes inscritos hasta el 31 de Agosto,
- El segundo lunes de enero para estudiantes inscritos entre el 1ero de septiembre hasta el 30 de noviembre,
- El segundo lunes de abril para estudiantes inscritos entre el 1ro de diciembre hasta el 31 de marzo.

Kindergarten hasta 3er grado Solo estudiantes - Evaluación de salud

Las regulaciones de Kansas requieren que cada estudiante hasta la edad de ocho años se inscriba por primera vez en una escuela de Kansas para presentar un comprobante de una evaluación de salud realizada por un médico u otro profesional de la salud según lo especificado por K.S.A. 72-5214. Si usted desea, pida a la enfermera de la una lista de agencias que ofrecen evaluaciones de salud. Como una alternativa a la evaluación de salud, un padre puede presenter una declaración escrita, firmada, indicando oposición religiosa a las evaluaciones de salud.

De acuerdo a la política de nuestro distrito, la evaluación de salud debe ser realizada

- hasta 12 meses antes de ingresar a la escuela,
- antes del segundo lunes en enero, o
- mínimo 90 días del calendario a partir de la inscripción del estudiante a la escuela.

Padre/Guardián Firma del Aviso____

Fecha ____

Estudiante transfiriendo de ______________________________ _____________ __________

Nombre de Escuela Ciudad Estado

- -

Para uso de la enfermera escolar : Fecha Estudiante Empezó Escuela ________________________

Revisado 5/2019

Permiso para la Entrega de Información de Inmunización al Registro de Inmunización de Kansas

El **Registro de Inmunización de Kansas, KSWebIZ**, es un sistema de computadora confidencial, que colecta y selectivamente comunica a personas autorizadas, información sobre la historia de vacunación de personas en el Estado de Kansas.

El propósito del Registro de Inmunización de Kansas es consolidar información entre los profesionales del cuidado de la salud, asegurar niveles adecuados de inmunización y evitar inmunizaciones innecesarias. El acceso es limitado para individuos y entidades que o suministran servicios de inmunización o son requeridos de que se aseguren que las personas están inmunizadas. La privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información contenida en el registro están protegidas todo el tiempo por todos los usurarios autorizados.

Las Enfermeras de Escuelas de Olathe son usuarias del KSWebIZ y con permiso del padre, empezaron a ingresar los registros de otoño del 2010, de los estudiantes de Jardín Infantil y Niñez Temprana. El Departamento de Salud del Condado Johnson ha implementado el sistema y muchas áreas de cuidado de salud están en el proceso de convertirse en usuarios.

La participación en el programa es completamente voluntaria y ningún otro registro de salud o educacional será compartido a diferencia de los registros de inmunización escolar. Si usted desearía que la historia de inmunización de su estudiante ingrese en este sistema, por favor firme abajo y regréselo a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante _____

Doy permiso para que el registro de inmunización de la escuela sea revelado al Programa de Inmunización de Kansas, incluyendo el registro de inmunización para el propósito de evaluación, reporte y prevención de enfermedades. Además entiendo que este consentimiento permanecerá efectivo por a) la duración del tiempo que mi estudiante esté inscrito en el Distrito Escolar de Olathe o b) hasta que sea revocado por escrito, por un padre/guardián.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

Revisado 1/2013

Olathe District Schools
Información de la Historia Médica (elemental)

Día de la Fecha: _____ Grado: _____ Información obtenida del: _____
Padre/Tutor

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:__ Varón ___Mujer____
Apellido Nombre Inicial

Médico: _____Otro Especialista: _____

Hospital de Preferencia: _____

Medicación Actual/ Tratamiento	**Dosis**	**Hora en el Día**	**Razón o Diagnóstico**

¿Algunos problemas del desarrollo, el comportamiento, la alimentación o el tragar?_____

Historia del Nacimiento

Duración del Embarazo: _____semanas **Peso al Nacer: _____lb____oz**
Tipo de Parto: (circule) Vaginal Cesárea Planeada Cesárea de Emergencia

¿Tuvo la madre alta presión/toxemia, vómito excesivo, sangrado, infección u otras complicaciones durante el embarazo, los dolores del parto, o el parto? Si es así, favor de especificar: _____

Condición del niño al nacer: Normal ____, Complicaciones? (respiración, corazón, pulmones, ictericia, prematuro, etc.): _____

Alguna de lo siguiente (?): Labio o paladar abierto, soplo de corazón, anormalidad genética, pie desorientado, otra _____no _____si (por favor especifique): _____

Dicción/Habilidades Motoras

Tareas Desarrollo (Marque)	**Temprano**	**A Tiempo**	**Retrasado**	**Comentarios/Preocupaciones**
Se sentó Solo				
Gateo				
Caminó Solo				
Primeras Palabras/Frases				
Aprendió a usar el baño				

(Mire el reverso de esta página)

Historia Médica

Por Favor marque si o no a todos, con respecto a la historia médica del estudiante.

Historia	Si	No	Comentarios	Medicación
Corrección de Vista Condición Visual/pérdida			__Lentes___Lentes de contacto	
Dolores de Cabeza				
Convulsiones			Día de la última convulsión: Día que comenzó:	
Diabetes			__Tipo 1, Dependiente de insulina __ Tipo 2, No se necesita insulina	
Mareos/Desmayos Contener la Respiración				
ADD o ADHD				
Infecciones de Oído			___Actualmente___Tubos(x__)	
Pérdida Auditiva			Tipo: Amplificación usada: Coclear Usado:	
Sangrado de Nariz			¿Con qué frecuencia??	
Preocupación Dental				
Alergias			Comidas_____Climáticas ___ Picadura de Insecto ___ Medicación __ Reacción: Anafilaxis:	
Asma			Liste lo que la activa	
Bronquitis/Neumonía				
Vejiga/Preocupación del Riñón				
Infección Urinaria				
Dolor de estómago (frecuente) Ulceras Válvulas de contención irritables			Especificar	
Eliminación intestinal dolorosa			¿Con qué frecuencia?	
Trastornos de sueño				
Menta;/Emocional/Conductas de comportamiento			__ Ansiedad __ Frecuentemente triste Ortro:	
Preocupaciones Cardíacas/Corazón				
Hospitalizaciones Cirugías			Edad/año/razón	
Accidentes Lesiones de la Cabeza/contusión			Tipo de accidente/edad/año	
Enfermedades de la niñez				