



# Aviso a Padres de los Requisitos de Vacunación y Evaluación de Salud de Estudiantes en edad Prescolar

Nombre del Estudiante:

## Vacunación

Las regulaciones de Kansas (K.S.A. 72-6261 a 72-6268) requieren que todos los alumnos que se inscriban por primera vez en una escuela de Kansas presenten pruebas de que el alumno ha recibido las vacunas requeridas. El certificado de inmunización de Kansas enumera los requisitos de inmunización basados en el nivel de edad y grado.

Prueba de uno de **cada DTaP (Tétanos, Difteria, Tosferina) IPV(Polio), MMR (Paperas, Sarampión), Varicela, Hepatitis A, Hepatitis B, PVC (neumococo) y HIB (Haemophilus influenzae tipo B)** se deben presentar, según las normativas del distrito, antes de la admisión y más tarde, los refuerzos adicionales, los cuales deben ser antes de

- El segundo lunes de octubre para los estudiantes matriculados hasta el 31 de agosto
- el segundo lunes de enero, para los estudiantes matriculados entre el 1ro de septiembre y el 30 de noviembre,
- El segundo lunes de abril, para los estudiantes inscritos entre el 1ro de diciembre y el 31 de marzo.

## Evaluación de Salud

Las regulaciones de Kansas requieren que cada estudiante en edad preescolar, inscrito por primera vez en una escuela de Kansas presente prueba de una evaluación de salud realizada por un médico u otro profesional de la salud como lo especifica K.S.A. 72-6267. De ser necesario, pídale a la enfermera de la escuela una lista de agencias que proporcionen evaluaciones de salud. Como una alternativa a la evaluación de salud, un padre puede presentar una declaración escrita y firmada que indique la oposición religiosa a las evaluaciones de salud.

De acuerdo con las normativas del distrito, la evaluación de salud puede llevarse a cabo:

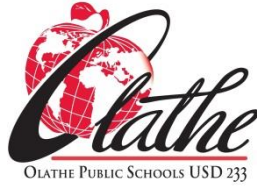
- hasta 12 meses antes de la entrada a la escuela,
- antes del segundo lunes de enero, o
- dentro de los 90 días a partir de la inscripción del estudiante en la escuela.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Estudiante transfiriendo de \_\_\_\_\_  
Nombre de Escuela Ciudad Estado

-----  
**Para uso de la enfermera escolar:** Fecha en que el estudiante empezó escuela \_\_\_\_\_



**Permiso para Compartir Información de Vacunación con el Registro de Vacunación de Kansas**

**El Registro de Vacunación de Kansas, KSWebIZ,** es un sistema informático confidencial que recopila y divulga selectivamente información a personas autorizadas sobre el historial de vacunación en el estado de Kansas.

El propósito del mismo es el de consolidar la información de inmunización entre los profesionales de la salud, asegurar los niveles adecuados de inmunización y evitar inmunizaciones innecesarias. El acceso se limita a las personas y entidades que prestan servicios de inmunización o están obligadas a garantizar la inmunización de las personas. La privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información contenida en el registro están protegidas en todo momento por todos los usuarios autorizados.

Las enfermeras escolares de Olathe son usuarias de KSWebIZ y, con el permiso de los padres, ingresan los registros de vacunación de los estudiantes en el registro. El Departamento de Salud del Condado de Johnson y muchos proveedores de atención médica del área también participan en KSWebIZ.

La participación en el programa es completamente voluntaria y no se compartirán otros registros de salud o educación que no sean los registros de inmunización escolar. Si usted desea que el historial de inmunización de su estudiante sea ingresado a dicho sistema, firme a continuación y devuelva a la enfermera de la escuela.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que el registro de inmunización escolar sea compartido con el programa de inmunización de Kansas, incluido el registro de inmunización para el propósito de evaluación, reporte, y prevención de enfermedades. Entiendo además que este consentimiento seguirá siendo eficaz para:**  
**a) la duración de tiempo que mi estudiante está inscrito en el distrito escolar de Olathe o**  
**b) hasta que sea revocado por el padre/tutor legal por escrito.**

Firma del Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Olathe Public Schools

## Información del historial medico

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Información obtenida de: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor  
Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Médico: \_\_\_\_\_ Especialista/otro: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Medicación Actual / Tratamiento	Dosis	Hora	Razón o Diagnóstico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cualquier problema en su desarrollo, comportamiento, ¿preocupaciones al comer o al tragar? \_\_\_\_\_

Sí desconoce su historia médica, marque aquí

### Historia de nacimiento- PK y solo Primaria

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Semanas      Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz

Tipo de parto: (circule)      Vaginal      Cesárea planeada      Cesárea de emergencia

¿Tuvo la madre complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto, o nacimiento (alta presión sanguínea, toxemia, sangrado, infección, otros)? Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Condiciones del niño al nacer: \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Complicaciones (respiración, corazón, estancia en la NICU (Unidad de cuidados intensivos neonatales), otros): \_\_\_\_\_

Cualquiera de los siguientes (?): labio/ o paladar hendido, soplo en el corazón, anomalía genética, pie deformado, otro \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ si (por favor especifique): \_\_\_\_\_

### Desarrollo del habla / Motricidad - PK y primaria solamente

Tipo de desarrollo (Marque)	Temprano	A tiempo	Retrasado	Comentarios/preocupaciones
Se sentó solo	_____	_____	_____	_____
Gateó	_____	_____	_____	_____
Caminó solo	_____	_____	_____	_____
Primeras palabras/Frases	_____	_____	_____	_____
Aprendió a usar el baño	_____	_____	_____	_____

## Historial médico

**Por Favor marque Sí o No en relación al historial clínico del estudiante.**

Historial de	Sí	No	Comentarios	Medicación
Corrección de la visión condición / Perdida			<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto	
Dolores de cabeza				
Convulsiones			Fecha de la última convulsión: Tipo: Fecha de inicio:	
Diabetes			<input type="checkbox"/> Tipo 1, dependiente de insulina <input type="checkbox"/> Tipo 2, no necesita insulina	
Mareos/desmayos/ aguanta la respiración				
ADD o ADHD				
Infecciones de oído			<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Tubos (x____)	
Pérdida auditiva			Tipo: Amplificación utilizada: Coclear:	
Sangrados nasales			¿Con qué frecuencia?	
Preocupaciones dentales				
Alergias			Comidas _____ Climáticas __ Picaduras de Insectos ____ Medicación __ Reacción: Anafilaxis:	
Asma			¿Qué factores desencadenan el asma?	
Bronquitis/Neumonía				
Preocupaciones de vejiga /Riñón				
Infecciones del tracto urinario				
Dolor de estómago (frecuente) Úlceras Intestino Irritable			Especifique:	
Deposiciones dolorosas			¿Con qué frecuencia?	
Transtornos del sueño				
Mental/Emocional/ Preocupaciones de comportamiento			<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Con frecuencia triste Otros:	
Preocupaciones Cardíacas /Corazón				
Hospitalizations /Cirugías			Edad /año/razón	
Accidentes Lesiones en la cabeza/Contusión			Tipo de accidente/edad/año	
Enfermedades en la niñez				