

INFORME MÉDICO DEL NIÑO – GUARDERIAS (Child Health Report – Child Care Centers)

Uso del formulario: El uso de este formulario es voluntario. Sin embargo, el completar este formulario cumple con los requisitos de DCF 202.08(4), DCF 250.07(6)(L)3 y DCF 251.07(6)(k)3. No cumplir con estas reglas puede resultar en que se expida una declaración de no cumplimiento. La información personal puede usarse para otros propósitos [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].

Instrucciones: Cada niño menor de 2 años de edad ser sometido a un examen de salud inicial no más de 6 meses antes o 3 meses después de ser admitido en el centro y deberá realizarse un examen de salud de seguimiento por lo menos una vez cada 6 meses después de la admisión. A excepción de niños en edad escolar, cada niño de 2 años de edad o mayor debe ser sometido a un examen de salud inicial no más de un año antes o 3 meses después de ser admitido en el centro y deberá realizarse un examen de salud de seguimiento por lo menos una vez cada 2 años después de la admisión.

PADRE/MADRE o TUTOR – Complete esta sección

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Dirección del Niño (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Nombre del Padre/Madre o Tutor (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección del Padre/Madre o Tutor (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

PROFESIONAL DE LA SALUD – Complete esta sección

Instrucciones sobre la alimentación y atención de niños con problemas especiales de salud, entre otros, alergias. Especifique. (Adjunte información según sea necesario).

Sí No ¿Es el niño alérgico a la leche? En caso afirmativo, identifique el sustituto de leche recomendado.

Fecha del análisis de plomo en sangre más reciente: _____ (mm/dd/aaaa) Nota: es un requisito hacer un análisis a los niños alrededor de los 12 y 24 meses de edad o una vez entre los 3 y 5 años si están en Medicaid y no hay un análisis previamente documentado. El análisis de plomo en sangre es opcional para los niños que no están en Medicaid.

Vacuna(s) que no deben administrarse al niño por razones médicas. Especifique.

AUTORIZACIÓN

Certifico que he examinado al niño antes mencionado en la fecha que se indica y que él / ella puede participar en las actividades de guarderías.

Nombre del MD, PA o del proveedor de HealthCheck (a máquina o con letra de imprenta)

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

FIRMA DEL MD, PA o proveedor de HealthCheck

Fecha del Examen Médico