

INFORME DE SALUD INFANTIL - CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

Uso del formulario: se requiere el uso de este formulario, a menos que el informe del examen de salud esté en una copia impresa electrónica de un médico con licencia, asistente médico u otro proveedor de EPSDT. Completar este formulario cumple con los requisitos de DCF 202.08 (4), DCF 250.04 (6) (a) 4. y DCF 251.04 (6) (a) 8. En caso de no cumplir con estas reglas, podría emitirse una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Ley de Privacidad, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: cada niño menor de 2 años deberá someterse a un examen médico inicial no más de 6 meses antes ni más de 3 meses después de que sea admitido en el centro y un examen médico de seguimiento, al menos, una vez cada 6 meses después de la admisión. Cada niño menor 2 años, pero que no tenga 5 años o más, deberá someterse a un examen médico inicial no más de un año antes ni más de 3 meses después de que sea admitido en el centro y un examen médico de seguimiento, al menos, una vez cada 2 años después de la admisión. El padre o tutor deberán entregar este formulario al médico, asistente médico u otro proveedor de EPSDT para que lo complete, firme y feche. El titular de la licencia o el operador deberán obtener una copia para el registro del niño. Nota: Los niños también deben tener en los archivos del centro de cuidado infantil la documentación de las vacunas. Puede ser útil si el padre o tutor incluyen una copia del registro de vacunación del niño al enviar este formulario al centro de cuidado infantil.

PADRE O TUTOR: el padre o tutor deben completar esta sección.

Nombre del niño (apellido, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Domicilio del niño (calle, ciudad, estado, código postal)

Nombre del padre o tutor (apellido, nombre, segundo nombre)

Domicilio del padre o tutor (calle, ciudad, estado, código postal)

PROFESIONAL DE LA SALUD: el profesional de la salud debe completar esta sección.

Instrucciones para la alimentación y el cuidado del niño con problemas de salud especiales – Especifique: (adjunte la información que sea necesaria).

Sí No ¿El niño es alérgico a la leche? Si la respuesta es "Sí", identifique el sustituto de leche recomendado.

Sí No ¿Tiene este niño alguna alergia alimentaria o no alimentaria? Si la respuesta es "Sí", especifique e incluya el plan de tratamiento que se implementará en caso de una reacción alérgica.

Fecha de la última prueba de plomo en sangre del niño: _____ (mm/dd/aaaa).

Nota: Los niños beneficiarios de Medicaid deben someterse a la prueba alrededor de los 12 y 24 meses de edad o una vez entre los 3 y los 5 años si no se ha documentado ninguna prueba anterior. La prueba de plomo es opcional para los niños que no son beneficiarios de Medicaid.

Vacunas que no deben administrarse al niño debido a razones médicas – Especifique.

AUTORIZACIÓN

Certifico que examiné al niño mencionado anteriormente en esta fecha y que puede participar en las actividades de cuidado infantil.

Nombre: MD, PA u otro proveedor de EPSDT (escriba o imprima)

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

FIRMA: MD, PA, u otro proveedor de EPSDT

Fecha del examen