



**REGISTRO MÉDICO PARA TODOS LOS NIÑOS DE LAS GUARDERÍAS,
INCLUYENDO LOS PROPIOS NIÑOS DEL PROVEEDOR**

Los padres tienen que llenar el registro médico y el historial de vacunas de cada niño en una guardería con licencia. El registro médico, el historial de vacunas y la evaluación de salud del niño son transferibles cuando el niño se cambia a otra guardería con licencia.

Primer día del niño en la guardería _____ Nombre de la guardería _____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Nombre Apellido Mes/día/año M/F

Información del padre/tutor

Nombre _____

Dirección del domicilio _____
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Número de celular _____

Correo electrónico _____

Mejor modo de comunicarse _____

Información del padre/tutor

Nombre _____

Dirección del domicilio _____
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Número de celular _____

Correo electrónico _____

Mejor modo de comunicarse _____

Personas autorizadas a recoger al niño o a notificar en caso de emergencia (diferente de los padres):

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____

Médico del niño _____ Teléfono _____

Dentista del niño _____ Teléfono _____

Hospital de preferencia (para emergencias) _____

¿Su médico ha aprobado el uso de alguna medicina sin receta para su niño, tal como acetaminofén, jarabe para la tos, o pomadas que el personal de la guardería le puede dar? ___No ___Sí, aprobó lo siguiente: _____

Alguna alergia o condición médica del niño: _____

Algún cambio mayor en el hogar que podría afectar a su niño en la guardería: _____

Por favor, proporcione información adicional o instrucciones especiales que ayuden a la persona que cuida a su niño: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Evaluación de salud del niño

El formulario de *Evaluación de salud del niño* debe ser llenado y firmado por un enfermero(a) aprobado por KDHE para llevar a cabo evaluaciones de salud a niños o por un médico licenciado. Si un médico asistente (PA, por sus siglas en inglés) llena la *Evaluación de salud del niño*, se requiere que se incluya la firma de un médico licenciado autorizando al PA, en la parte inferior de este formulario.

Se requiere que la *Evaluación de salud del niño* sea hecha en un formulario KDHE u otro formulario aceptable mencionado más adelante y que se le haga a todos los niños, incluyendo a los niños del proveedor(a) o del personal en las Guarderías en casa con licencia, Guarderías de grupo en casa con licencia, Guarderías con licencia y Centros pre-escolares con licencia. Son aceptables el formulario de evaluación «Kan-Be-Healthy» de KDHE, el formulario de evaluación de un médico y el formulario de evaluación de una escuela para los niños de edad escolar o menores. El formulario de evaluación de salud usado debe adjuntarse al formulario de Registro médico KDHE (CCL. 029).

Nombre del niño _____ **Fecha de nacimiento** _____
 Nombre Apellido Mes/día/año

Historial de salud e información médica necesaria para llevar a cabo la rutina de la guardería y para emergencias (describa, si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	¿Usted ve a este niño para su supervisión regular de salud?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergia a alimentos o medicina (describa, si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	
Enumere las medicinas actuales (si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	

Talla/Altura: _____ PULG/CM Percentil %		Peso: _____ LB/KG Percentil %	
Examen físico	✓ Si es normal	Si es anormal – Comentarios	
Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta			
Dientes			
Cardio/respiratorio			
Abdomen/gastrointestinal			
Genitales/Pechos			
Extremidades/Articulaciones/Espalda /Pecho			
Piel/Ganglios linfáticos			
Neurológico y de desarrollo			
Pruebas de detección	Fecha de prueba	Anote aquí si los resultados están pendientes o son anormales	
Plomo			
Anemia (HGB/HCT)			
Análisis de orina (UA)			
Audición			
Visión			
Problemas de salud o necesidades especiales, tratamiento recomendado/medicina/cuidado especial (Adjunte hojas adicionales si fuese necesario) <input type="checkbox"/> Ninguno			
Firma de un médico licenciado o enfermero(a) aprobado para hacer evaluaciones de salud a niños		Fecha	
Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que firma en la parte superior		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Código postal	