**OCFS-LDSS-4433-S** (Rev. 06/2019) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**Declaración Médica de un Niño(a) en Cuidado Infantil**

Para ser completada por un médico licenciado, asistente médico o enfermero(a) practicante

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Niño(a): | | |  | Fecha de Nacimiento: | | |  | Fecha del Examen: | |
| Inmunizaciones requeridas para ingresar al programa de cuidado infantil. Exención  Médica: La condición física del niño(a) nombrado es tal que una o más inmunizaciones pondrían su vida o su salud en peligro. Adjunte la certificación especificando la exención para la(s) inmunización/inmunizaciones. | | | | | | | | | Sí  No |
| Difteria, Tétano y Pertusis (DPT) Difteria y Tétano y Pertusis acelular (DTaP) | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha     /    / | | | 3era Fecha     /    / | 4ta Fecha     /    / | | | 5ta Fecha     /    / |
| Polio (IPV or OPV) | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha     /    / | | | 3era Fecha     /    / | 4ta Fecha     /    / | | |  |
| Haemophilus influenzae tipo B (Hib) | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha     /    / | | | 3era Fecha     /    / | 4ta Fecha O 1era Fecha (si se da a los15 meses de edad o después)     /    / | | | |
| Antineumocócica conjugada (PCV) para los nacidos el o después del 1/1/08 | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha     /    / | | | 3era Fecha     /    / | 4ta Fecha     /    / | | |
| Hepatitis B | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha  **/    /** | | | 3era Fecha     /    / |
| Sarambión, Paperas y Rubéola (MMR) | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha     /    / | | |
| Varicela (también conocida como viruela loca) | 1era Fecha     /    / | 2da Fecha     /    / | | |

Otras inmunizaciones pueden incluir las vacunas recomendadas de Rotavirus, Influenzae y

Hepatitis A

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Inmunización: | Fecha:     /    / | Tipo de Inmunización: | Fecha:     /    / |
| Tipo de Inmunización: | Fecha:     /    / | Tipo de Inmunización: | Fecha:     /    / |
| Tipo de Inmunización: | Fecha:     /    / | Tipo de Inmunización: | Fecha:     /    / |

Pruebas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de la Prueba de Tuberculina | | | /    / | | Resultados Mantoux: | | | | Positivo  Negativo | |  | mm |
| Las pruebas de TB se ordenan a discreción del médico. Pruebas aceptadas incluyen Mantoux u otra prueba federal. | | | | | | | | | | | | |
| Si es positiva, o si se ordenó rayos x, adjunte la declaración del médico documentando el tratamiento y seguimiento. | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la Evaluación de Plomo | | | /    / | | | |  | | | | | |
| Adjunte la declaración de nivel de plomo | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación de Plomo (incluya todas las fechas y resultados) | | | | | | | | | | | | |
| 1 año | /    / | Resultado: | |  | | mcg/dL | | Venoso | | Capilar | | |
| 2 años | /    / | Resultado: | |  | | mcg/dL | | Venoso | | Capilar | | |
| Fecha más reciente de la prueba de plomo (si es diferente a la de arriba): | | | | | | | | | | | | |
|  | /    / | Resultado: | |  | | mcg/dL | | Venoso | | Capilar | | |
| Por ley del Estado de Nueva York, se requiere una prueba de plomo sanguínea el primer y segundo año de edad, y cuando exista riesgo de intoxicación de plomo. Si el niño(a) no ha recibido una prueba de plomo, el proveedor(a) de cuidado diurno no podrá excluirlo del programa de cuidado diurno infantil, pero deberá dar al padre/madre información sobre intoxicación de plomo y prevención, y deberá referir al padre/madre a su proveedor(a) de atención médica o al departamento de salud del condado para una prueba sanguínea de plomo. | | | | | | | | | | | | |

*INFORMACIÓN ADICIONAL EN EL REVERSO 🡺*

**OCFS-LDSS-4433-S** (Rev. 06/2019) REVERSO

**Declaración Médica de un Niño(a) en Cuidado Infantil** *(continuación)*

Especificaciones de Salud Comentarios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Tiene alergias? (Especifique) | Sí  No |  |
| ¿Toma medicamentos regularmente?  (Especifique medicamentos y condición) | Sí  No |  |
| ¿Requiere una dieta especial?  (Especifique dieta y condición) | Sí  No |  |
| ¿Hay algunas condiciones de audición, visuales o dentales que requieren atención especial? | Sí  No |  |
| ¿Hay algunas condiciones médicas o de desarrollo que requieren atención especial? | Sí  No |  |

Resumen del Examen Físico

|  |
| --- |
| Incluya recomendaciones especiales a los proveedores de cuidado diurno: |

|  |  |
| --- | --- |
| En base a los resultados indicados arriba y teniendo conocimiento del niño(a) nombrado(a), yo considero que él/ella está libre de alguna enfermedad infecciosa y contagiosa, y puede participar en el programa de cuidado diurno. | Sí  No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |
| Firma del Examinador(a) |  | Dirección | | |
|  |  |  | | |
| Nombre en Letras de Imprenta |  | Ciudad, Estado, Zona Postal | | |
|  |  | (       )       - | | /    / |
| Título |  | Teléfono |  | Fecha |