



**INFORMACIÓN MÉDICA PARA TODOS LOS NIÑOS EN LAS GUARDERÍAS, INCLUYENDO A LOS NIÑOS DE LOS PROVEEDORES.**

Los padres deben de llenar la información médica y las vacunas para cada niño registrado en la guardería. La información médica, historia de inmunizaciones, y examen físico pueden ser transferidos cuando el niño(a) se mueva para otra guardería.

Primer Día del Niño(a) en la Guardería \_\_\_\_\_

Nombre de la Guardería \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
mes/día/año                                  M/F

**Información del Padre de Familia/Guardián**

Nombre \_\_\_\_\_

**Información del Padre de Familia/Guardián**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Código Postal

Dirección de la Casa \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Código Postal

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Código Postal

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Código Postal

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Mejor manera de comunicarnos \_\_\_\_\_

Mejor manera de comunicarnos \_\_\_\_\_

Nombres y edades de los niños en la familia \_\_\_\_\_

Personas autorizadas para recoger al niño(a) o notificar en caso de una emergencia. Incluya el nombre, dirección y número de teléfono. Agregue otra pagina adicional, si es necesario. \_\_\_\_\_

Medico del Niño(a) \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista del Niño(a) \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia (para emergencias) \_\_\_\_\_

¿Su médico aprobó el uso de medicamentos sin receta para su niño(a), como acetaminofén, jarabe para la tos o pomadas que pueden ser dadas por el proveedor de cuidado infantil?    \_\_\_No \_\_\_Sí, como lo siguiente:

¿Su niño(a) tiene alguna de las siguientes condiciones (sí o no)? En caso que si, por favor proporcionar información en la forma CCL. 010 Autorización para Cuidado Médico de Emergencia.

- |                             |   |                     |
|-----------------------------|---|---------------------|
| _____Alergias               | _____Frecuente dolor de garganta/resfriados | _____Dolor de Oídos |
| _____Asma                   | _____Lenguaje, Vista, Oído                  | _____Diabetes       |
| _____Epilepsia/Convulsiones | _____Otra _____                             |                     |

Si respondió sí a cualquiera de arriba, por favor de proporcionar más información \_\_\_\_\_

¿Ha habido grandes cambios en el hogar que podrían afectar a su niño(a) en la guardería?    \_\_\_No \_\_\_Sí, como lo siguiente:

Por favor de proporcionarnos más información o instrucciones especiales que le podrá ayudar a la persona cuidando a su niño(a). \_\_\_\_\_

**Firma del Padre de Familia/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

## Historia de Inmunizaciones

Requerido para todos los niños en las guarderías, incluido a los niños(as) del proveedor. Un Certificado de Vacunas de Kansas (KCI) puede ser sustituido por esta forma y agregado a la información médica.

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  

Primer Nombre
Apellido
mes/día/año

**Sección I. Para ver el calendario de vacunación recomendado, consulte el calendario actual publicado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**

Vacuna	Registre el mes día y año que recibió cada dosis de vacuna					
	1 <sup>st</sup>	2 <sup>nd</sup>	3 <sup>rd</sup>	4 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>
<b>DTaP/DT/Td/Tdap</b> (Diphtheria, Tétano, Pertussis)						
<b>Polio</b>						
<b>MMR</b> (Sarampión, Paperas, y Rubéola combinado)						
<b>HBV</b> (Hepatitis B Vaccine)						
<b>Varicela</b> (Chicken Pox)			Historia de la Enfermedad: Firma del Medico			
<b>HIB</b> (Hemophilus Influenzae Type B)						
<b>PCV7</b> (Pneumococcal Conjugate)						
<b>HEP A</b> (Hepatitis A)						
<b>Rotavirus</b> **Recommended <8 mo of age; not required						
<b>Influenza(Flu)</b> ** Recommended annually >6 mo of age; not required						

**Sección II.**

**Complete esta sección sólo si su niño(a) está exento de la ley que requieren vacunas [K.S.A. 65-508(d)].**

Las siguientes dos opciones siguientes son las **únicas** exenciones permitidas por la ley. **Por favor, revise cualquiera (A) o (B) a continuación y complete si es necesario.**

**(A) Certificación del médico con licencia que indica que la inmunización podría poner en peligro la vida del niño:**

Eximir de las siguientes vacunas:

DTP     Pertussis Solamente     Tétano     Polio     MMR     Rubéola Solamente     Hep A  
 Hep B     Hib     PCV7     Otra

**Firma del Medico** (requerida): \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**(B) Mi niño(a) está exento bajo la ley de las vacunas. A medida que el padre o tutor legal, declaro que soy un seguidor de una secta religiosa cuyas enseñanzas se opone a la inmunización.**

**Sección III.**

**Firma del Padre de Familia/Guardián Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Child Health Assessment

The Child Health Assessment form is to be completed and signed by a nurse approved by KDHE to perform Child Health Assessments or a Licensed Physician. If a Physician Assistant (PA) completes the Child Health Assessment, the signature of the Licensed Physician authorizing the PA is to be included at the bottom of this form.

A Child Health Assessment, recorded on a KDHE Form or other acceptable Forms mentioned below, is required for all children including children of the provider or staff in Licensed Day Care Homes, Group Day Care Homes, Child Care Centers and Preschools. A Kan-Be-Healthy Assessment Form is a KDHE Form and is acceptable, a Physician Health Assessment Form is acceptable, and a School Health Assessment Form is acceptable for school-age children or youth. The Health Assessment Form used should be attached to the KDHE Medical Record Form (CCL. 029).

**Child's Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_  
First Last

Health history and medical information pertinent to routine child care and emergencies (describe, if any): <input type="checkbox"/> None	Do you see this child for regular health supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Allergies to food or medicine (describe, if any): <input type="checkbox"/> None	
List current medications (if any): <input type="checkbox"/> None	

<b>Length/Height:</b> _____ <b>IN/CM %ILE</b> _____		<b>Weight:</b> _____ <b>LB/KB %ILE</b> _____	
Physical Examination	✓ If Normal	If Abnormal - Comments	
Head/Ears/Eyes/Nose/Throat			
Teeth			
Cardio/Respiratory			
Abdomen/GI			
Genitalia/Breasts			
Extremities/Joints/Back/Chest			
Skin/Lymph Nodes			
Neurologic & Developmental			
Screening Tests	Screening Date	Note Here if Results are Pending or Abnormal	
Lead			
Anemia (HGB/HCT)			
Urinalysis (UA)			
Hearing			
Vision			
Health Problems or Special Needs, Recommended Treatment/Medications/Special Care (Attach additional sheets if necessary) <input type="checkbox"/> None			
Signature of Licensed Physician or Nurse approved for Child Health Assessments		Date	
Print the Name of the Individual Signing Above		Phone Number	
Address	City	Zip Code	