CCL. 029
Rev. 3/2017

Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas
Oficina de Cuidado de Niños e Instituciones de Salud
Programa de Licencia del Cuidado de Niños
1000 SW Jackson, Suite 200
Topeka, KS 66612-1274
Teléfono (785) 296-1270 Fax (785) 559-4244
Sitio de Web: www.kdheks.gov/kidsnet

INFORMACIÓN MÉDICA PARA TODOS LOS NIÑOS EN LAS GUARDERIAS, 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) _____ Fecha de Nacimiento_____ Género_____
Primer Nombre Apellido mes/día/año M/F

Información del Padre de Familia/Guardián

Nombre_____

Dirección de la Casa_____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de la Casa_____

Dirección del Trabajo_____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono del Trabajo_____

Teléfono de Celular_____

Correo Electrónico_____

Mejor manera de comunicarnos_____

Información del Padre de Familia/Guardián

Nombre_____

Dirección de la Casa_____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de la Casa_____

Dirección del Trabajo_____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono del Trabajo_____

Teléfono de Celular_____

Correo Electrónico_____

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**					
	1st	**2nd**	**3rd**	**4th**	**5th**	**6th**
Diphtheria, Tétano, Pertussis (DTaP)						
Poliomielitis (IPV/OPV)						
Sarampión, Paperas, y Rubéola (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicela (VAR)			Historia de la Enfermedad: Firma del Medico		Fecha de la Enfermedad:	
Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)						
Neumocócica Conjugada (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recommended <8 mo of age; not required						
Influenza(Flu) ** 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:

____DTaP/DT ____Tdap/TD ____Pertussis Solamente ____Polio ____MMR ____Hep A ____Hep B ____Hib
____PCV ____Varicela ____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:**_____

CCL. 029a
Rev. 3/2017

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): ☐ None	Do you see this child for regular health supervision: ☐ Yes ☐ No
Allergies to food or medicine (describe, if any): ☐ None	
List current medications (if any): ☐ None	

Length/Height: _____IN/CM %ILE_____		**Weight: _____LB/KB %ILE_____**
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) ☐ 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