

## **Las Instrucciones para Padres para la Evaluación De Salud para Kindergarten**

Hay dos secciones en la forma que usted necesitará llenar. Por favor escribe claramente.

### **La Frente: “Llenado por el Padre.”**

Favor de llenar:

1. El apellido de su hijo(a), después el primer nombre, después el segundo nombre o inicial (si no tiene, deje en blanco).
2. La fecha de nacimiento de su hijo(a), empezando con el mes, día, y año.
3. La dirección completa de su hijo(a), incluyendo la ciudad, estado y código postal.
4. Su nombre y el número de teléfono donde se puede comunicar con usted. Este puede ser el teléfono de la casa, teléfono del trabajo, o número de teléfono celular.
5. Hay algunas declaraciones acerca de su hijo(a). Favor de contestar cada uno llenando la caja con “Sí” o “No”.
  - ¿Hay algo sobre la salud general de su hijo(a) que le preocupa a usted, por ejemplo cuánto pesa, como está creciendo, o como se comporta?
  - ¿Has llevado a su hijo(a) al doctor para alguno de estos problemas?
  - ¿Hay alguien en la familia que tiene algunos de estos problemas? Si es así, favor de escribir sobre esto en las líneas abajo.
  - ¿ Ha ido su hijo(a) al dentista en los últimos 12 meses?
  - ¿ Ha ido su hijo(a) al medico para un chequeo por un médico en los últimos 12 meses, no porque ha estado enfermo(a),?

Hay espacio en la forma para su firma para dar permiso a la enfermera de la escuela que hable con el doctor acerca de la salud de su hijo(a). Si está de acuerdo con esto, favor de escribir su nombre y la fecha en el espacio. Si no está bien con usted, deja lo en blanco.

### **La parte trasera: “Llenado por el Padre.”**

Favor escriba la fecha de nacimiento de su hijo(a) empezando con el mes, después el día, y el año.

Favor de marcar la cajita correcta para la raza de su hijo(a). Si no esta seguro, marque el “Desconocido”. Si su hijo(a) es Hispano o Latino, favor marque esa cajita.

Favor de marcar el sexo de su hijo(a).

Favor de llenar el condado en que vive y su código postal.

Favor de llenar la escuela donde va a asistir su hijo(a).

Favor de marcar la cajita indicando donde su hijo(a) normalmente ve al doctor.

Favor de marcar la cajita indicando el seguro medico que tiene su hijo(a).

Favor de escribir el nombre del doctor o clínica donde va su hijo(a).

## Glosario de Terminología para la Evaluación Médica para Kindergarten

1. **Anafilaxis:** Una reacción alérgica muy severa del cuerpo entero que puede incluir dificultades de respiración y una picazón. Debe ser tratado inmediatamente o muerte puede ocurrir.
2. **Anemia:** Niveles bajos de células de sangre rojas que dilata el flujo de oxígeno al cuerpo. Niños con este desorden pueden estar muy cansados o tener bajos los niveles de energía.
3. **En-Riesgo:** El médico le preguntará algunas preguntas para ver si su hijo puede estar en riesgo de tener estos problemas.
4. **Índice Total del Cuerpo:** Una fórmula que se relaciona al peso comparado a la altura para medir si el niño está bajo o sobre peso.
5. **Cardiaco:** Teniendo que ver con el corazón o sistema circulatoria.
6. **Parálisis Cerebral:** Niños que nacen con este desorden permanente tienen problemas con el movimiento, parándose, hablando, escuchando y entendiendo.
7. **Fibrosis Cística:** Niños que nacen con este desorden tienen problemas respirando y digiriendo la comida.
8. **Diabetes:** Niños quienes tienen esto tienen problemas controlando el azúcar de la sangre. Estos niños comen comidas con poco azúcar o necesita medicina o inyecciones para ayudar a controlar la azúcar sanguínea.
9. **EGA (Prematurez):** Niño que ha nacido antes de la fecha prevista de parto.
10. **ENT (Otorrinolaringólogo):** Un especialista de oídos, nariz y garganta.
11. **Auto-inyector de Epinefrina:** Un inyección automática de medicina para reacciones severas de alergias recetada por un médico.
12. **Encopresis:** Niños que tienen problemas controlando sus movimientos de intestinos.
13. **Enuresis:** Niños que tienen problemas controlando su orina.
14. **HEENT (cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta):** Un examen de la cabeza, los ojos, los oídos, la nariz, y la garganta conducido por un médico.
15. **HMO (Organización de Mantenimiento de Salud):** Tipo de grupo que proveen tratamiento médico.
16. **Hx:** Una abreviación para "la historia." Por ejemplo: ¿Alguna vez ha tenido su hijo(a) problemas con altos niveles de plomo en su sangre?
17. **Reexaminación de la escuela:** Cuando esta caja está marcada, la forma debe ser dado a la enfermera de la escuela para que el/ella se entera de cualquier condición médica en esta forma.
18. **Anemia de glóbulos falciformes:** Niños que nacen con esta condición tienen problemas sanguíneos que causan dolores severos y problemas con la respiración que viene y va.
19. **TB (Tuberculosis):** Niños con esta enfermedad tiene problemas con la respiración y la tos. Niños que tienen esta condición toman medicina para curar esta enfermedad.
20. **Exámenes Hechos:** El proveedor médico le preguntará si su hijo(a) ha sido examinado para niveles altos de plomo en su sangre.

**Útiles para la Investigación del Desarrollo:** Útiles usado por el doctor para ver si el niño está desarrollando normalmente.

- **ASQ:** Preguntas sobre las edades y etapas.
- **ASQ-SE:** Preguntas sobre las edades y etapas para el comportamiento social y emocional.
- **Brigance:** Un tipo de examinación del desarrollo usado por los médicos.
- **CDI:** Inventario del desarrollo del niño o Inventario del desarrollo de la comunicación.
- **IDI:** Inventario del desarrollo de un infante.
- **PEDS:** Evaluación por el padre sobre el estado del desarrollo.
- **PSC:** Lista de chequeo de las síntomas pediátricos.
- **OAE:** Examinación de las emisiones otoacústicas (sonidos que son producidos por oídos sanos en respuesta a estímulo acústica).