

**DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA**  
**OFICINA DE EDUCACIÓN TEMPRANA**  
**CENTRO EDUCATIVO**  
**CALLE BROAD NORTE #440, 2º PISO - PORTAL C**  
**FILADELFIA, PENNSILVANIA 19130-4015**

Teléfono 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Centro: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido una evaluación de audición y/o de visión, los resultados son:

**Resultado de la evaluación de audición**      **Fecha de la evaluación** \_\_\_\_\_

- Pasó la evaluación de audición
- No pasó la evaluación de audición - Necesita seguimiento (Ver abajo)
- Volver a ejecutar la prueba de audición – Comentarios \_\_\_\_\_
- Ausente \_\_\_\_\_

**Resultado de la evaluación de visión**      **Fecha de la evaluación** \_\_\_\_\_

- Pasó la evaluación de visión
- No pasó la evaluación de audición - Necesita seguimiento (Ver abajo)
- Ausente \_\_\_\_\_

---

**No pasó la evaluación de audición y/o de visión**

Por favor, pida a su proveedor médico que complete la parte inferior de este formulario y devuélvalo a la maestra de su hijo.

**INFORME MÉDICO**

Diagnóstico:

Tratamiento:

Fecha de Seguimiento:

Nombre del Proveedor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

# Debo quedarme en casa si...

*No me siento bien*



Inusualmente cansado, pálido, sin apetito, confundido o de mal humor.

*Estoy vomitando*



Dos o más veces en 24 horas.

*Me duele la garganta*



Con fiebre o inflamación de las glándulas.

*Tengo una infección en los ojos*



Mucosidad espesa o pus en los ojos.

*Estoy con diarrea*



2 o más deposiciones acuosas en 24 horas.

*Tengo sarpullido o piojos*



Sarpullido en el cuerpo con fiebre o picazón, o piojos.

*Tengo fiebre*



Con dolor de garganta, sarpullido, vómitos, diarrea, dolor de oído, o simplemente no se siente bien.

**...y cuando estoy enfermo:**

1. *Tengo a alguien que me cuida*
2. *Debo decirle a mi maestra qué me pasa, aunque me quede en casa*

**DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA**  
**OFICINA DE EDUCACIÓN TEMPRANA**  
**CENTRO EDUCATIVO**  
**CALLE BROAD NORTE #440, 2º PISO - PORTAL C**  
**FILADELFIA, PENNSILVANIA 19130-4015**

Teléfono 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Fecha \_\_\_\_\_

Estimado padre de familia o encargado,

Hoy día, su hijo \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ fue mordido por un niño/was bitten by another child

\_\_\_\_\_ mordió a otro niño/bit another child

Cuando ocurren mordeduras que llegan a romper la piel, existe la posibilidad de que los gérmenes que tenemos naturalmente en la boca, sean transmitidos a través de la herida. De vez en cuando, la ruptura de la piel es tan pequeña que no se nota a simple vista, pero los gérmenes aún pueden estar siendo transmitidos.

También existe la posibilidad de que los gérmenes se transmitan de la piel del niño que fue mordido a la boca del niño que ha mordido.

**TENGA POR SEGURO QUE:**

Si su hijo fue mordido, el personal proporcionó la ayuda apropiada de primeros auxilios, limpió la herida con agua y jabón, y de ser necesario, la cubrió con un curita.

Si su hijo mordió a otro niño, el personal lo ayudó a enjuagarse la boca con agua.

Ya sea si su hijo mordió o fue mordido existe la posibilidad de una infección. Le recomendamos que llame a su médico y siga sus instrucciones. Si es necesario que su hijo vaya al médico, pídale al médico que escriba una nota en la parte posterior de esta carta o en la parte inferior del **Formulario Ouch** y devuélvalo a la maestra de su hijo.

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a Susan Aichele, Coordinadora de Salud, al 215-400-5671.

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA  
OFICINA DE EDUCACIÓN TEMPRANA  
CENTRO EDUCATIVO  
CALLE BROAD NORTE #440, 2º PISO - PORTAL C  
FILADELFIA, PENNSILVANIA 19130-4015

Teléfono 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Aviso# \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Para: Padre **de familia y/o encargado de** \_\_\_\_\_

**Requisitos para: Ingreso** \_\_\_\_\_ **Kindergarten** \_\_\_\_\_ **Retorno** \_\_\_\_\_

Hemos notado que los registros de salud de su hijo indican que él/ella no tiene un archivo de salud completo. **Por favor, haga inmediatamente una cita** con el médico de su hijo para obtener la información que se indica a continuación.

Por favor, pida a su médico que complete el formulario adjunto incluyendo las fechas completas; (mes, día y año) para cada elemento de la lista de abajo

Examen físico	_____	{Último examen _____}
Examen dental	_____	{Último examen _____}
Seguimiento de examen de vista	_____	
Seguimiento de examen de audición	_____	
DPT	_____	Prueba de tuberculosis _____
POLIO	_____	PLOMO _____
HEPATITIS B	_____	HEMOGLOBINA/ _____
SRP (MMR)	_____	HEMATÓCRITO _____
VARICELA	_____	PRESIÓN SANGUÍNEA _____
NEUMOCOCO	_____	
INFLUENZA E	_____	

**MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA Y COOPERACIÓN EN MANTENER A SU HIJO DE PREESCOLAR SALUDABLE**

**Su enfermera de educación temprana**