



Alumnos nuevos de pre-escolar en las escuelas del Distrito de Olathe - PK Grados PK

Vacunas	<p>ANTES DE ASISTIR A CLASES POR LA PRIMERA VEZ en una escuela de Kansas, LA CONSTANCIA DE VACUNAS es requerida</p> <ul style="list-style-type: none"> Refiérase al Certificado de Vacunación de Kansas adjunto con la lista de requisitos de vacunación por grado y edad. <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre de la Vacuna</th> <th style="text-align: left;">No. de dosis requeridad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DTaP/DT</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Polio</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MMR</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis B</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Hib (Haemophilus influenza)</td> <td>hasta 4</td> </tr> <tr> <td>PCV (Pneumococcal conjugate)</td> <td>hasta 4</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis A</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Varicela (chicken pox)</td> <td>1 O historia de varicela por firma del médico</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué certificado de vacunas es aceptado por las escuelas? El KCI completado por un proveedor de cuidados de salud, un registro de la oficina de su doctor, o una copia de la tarjeta rosa de vacunas. 	Nombre de la Vacuna	No. de dosis requeridad	DTaP/DT	4	Polio	3	MMR	1	Hepatitis B	3	Hib (Haemophilus influenza)	hasta 4	PCV (Pneumococcal conjugate)	hasta 4	Hepatitis A	2	Varicela (chicken pox)	1 O historia de varicela por firma del médico
Nombre de la Vacuna	No. de dosis requeridad																		
DTaP/DT	4																		
Polio	3																		
MMR	1																		
Hepatitis B	3																		
Hib (Haemophilus influenza)	hasta 4																		
PCV (Pneumococcal conjugate)	hasta 4																		
Hepatitis A	2																		
Varicela (chicken pox)	1 O historia de varicela por firma del médico																		
Examen Físico	<p>Al inicio del ingreso a una Escuela de Kansas hasta la edad de nueve años, es requerido un examen físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Arregle una cita con su proveedor de salud lo antes posible. Vea el reverso de esta hoja para mas información acerca del examen físico que requiere la escuela. ¿La escuela aceptará el último exámen físico de mi estudiante? Sí, si el examen físico fue obtenido dentro de los 12 meses antes del ingreso a la escuela. 																		
Examen Dental	<p>También recomendamos a los estudiantes que reciban exámenes dentales dos veces al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios están disponibles en algunas de nuestras escuelas elementales. Contacte a la enfermera escolar para más información. 																		

OTRAS PÓLIZAS DE SALUD DE INTERÉS PARA LOS PADRES:

- Por cualquier necesidad de salud, por favor póngase en contacto con la enfermera de su escuela. **Todos los medicamentos del alumno** en el nivel elemental, **incluidos aquellos que no requieren receta**, deben ser **administrados a través del salón de atención a la salud y requieren de una nota del médico**. Excepciones limitadas aplican a esta póliza (contacte a la enfermera escolar)
- Se provee **asistencia de emergencia** a todos los alumnos que se lesionan o enferman en la escuela, incluido el llamado al 911 si fuera necesario.
- Los alumnos **enfermos** deberán permanecer en sus casas hasta que no tengan síntomas durante 24 horas, y se deberá informar a la enfermera escolar sobre cualquier **enfermedad contagiosa** (infecciones de garganta, varicela, conjuntivitis, piojos, etc.). Por ejemplo, el alumno deberá estar sin fiebre (100° F o más) durante 24 horas, sin vómitos y/o diarrea durante 24 horas.
- Las revisiones de salud** incluyen **pruebas de visión** en los grados PK, K, 2, 4 y estudiantes nuevos en el distrito; **pruebas de audición** en los grados PK, K, 1, 2, 5 y estudiantes nuevos en el distrito; exámenes anuales de altura/peso. Esperamos poder servirle.

Revisado 5/2019

Notificación de Declaración de No discriminación

Las Escuelas Públicas de Olathe prohíben la discriminación en base a: raza, color de piel, país de origen, sexo, discapacidad, edad, religión, orientación sexual o identidad de género, tanto en sus programas, actividades o empleos, al tiempo que ofrece acceso igualitario en sus instalaciones a los Boy Scouts y a otros grupos juveniles, como es requerido por: Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, Título VI y Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), la Ley de Educación para personas con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Acceso Igualitario de 1984 y otras leyes y enmiendas relevantes tanto estatales como federales. Las preguntas referidas al cumplimiento de los estatutos aplicables a los derechos civiles relacionados a la raza, la etnicidad, el género, la discriminación basada en la edad, la orientación sexual, la identidad de género o, los accesos igualitarios deben ser dirigidas al Consejero del Personal, 14160 S. Black Bob, Olathe, Kansas 66063-2000, teléfono 913-780-7000. Todas las preguntas referidas al cumplimiento de los estatutos aplicables relacionados con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la ley de Educación para Individuos con Discapacidades y, la Ley para Americanos con Discapacidades deben ser dirigidas al Superintendente Asistente del Departamento de Servicios de Apoyo, 14160 S. Black Bob RD. Olathe, Kansas 66063-2000, teléfono 913-780-7000. Las personas interesadas, incluyendo aquellas con impedimentos visuales o auditivos, también pueden obtener información acerca de las localidades, los servicios existentes, las actividades e instalaciones accesibles y útiles para el uso de personas discapacitadas, llamando al Superintendente Asistente del Departamento de Servicios de Apoyo. (03/19)



Aviso a Padres de los Requisitos de Vacunación y Evaluación de Salud de Estudiantes en edad Prescolar

Nombre del Estudiante:

Vacunación

Los reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-5208 hasta 72-5211a) requieren que cada alumno inscrito por primera vez en una escuela de Kansas, presente prueba de que el alumno ha recibido las vacunas requeridas. El Certificado de Vacunaciones de Kansas enumera requisitos de vacunación basados en la edad y el nivel de grado.

Prueba de **cada uno de DTaP(Tétano, Difteria, Tosferina), Polio, MMR(Paperas, Sarampión), Varicela, Hepatitis A, Hepatitis B, PCV (Neumococo), y HIB (Haemophilus Influenza Tipo B)**, debe ser presentada antes de la admisión **y luego**, de acuerdo a la política de nuestro distrito, los refuerzos adicionales recibidos antes de

- El segundo lunes en octubre para estudiantes inscritos hasta el 31 de Agosto,
- El segundo lunes de enero para estudiantes inscritos entre el 1ero de septiembre hasta el 30 de noviembre,
- El segundo lunes de abril para estudiantes inscritos entre el 1ro de diciembre hasta el 31 de marzo.

Evaluación de Salud

Los reglamentos de Kansas requieren que cada estudiante en edad prescolar, inscrito por primera vez en una escuela de Kansas presente prueba de una evaluación de salud realizada por un médico u otro profesional de la salud como lo especifica K.S.A. 72-5214. Si usted desea, pida a la enfermera de la una lista de agencias que ofrecen evaluaciones de salud. Como una alternativa a la evaluación de salud, un padre puede presentar una declaración escrita, firmada, indicando oposición religiosa a las evaluaciones de salud.

De acuerdo a la política de nuestro distrito, la evaluación de salud debe ser realizada

- hasta 12 meses antes de ingresar a la escuela,
- antes del segundo lunes en enero, o
- mínimo 90 días del calendario a partir de la inscripción del estudiante a la escuela.

Padre/Guardián Firma del Aviso _____

Fecha _____

Estudiante transfiriendo de _____
Nombre de Escuela Ciudad Estado

Para uso de la enfermera escolar: Fecha Estudiante Empezó Escuela _____



Permiso para la Entrega de Información de Inmunización al Registro de Inmunización de Kansas

El **Registro de Inmunización de Kansas, KSWebIZ**, es un sistema de computadora confidencial, que colecta y selectivamente comunica a personas autorizadas, información sobre la historia de vacunación de personas en el Estado de Kansas.

El propósito del Registro de Inmunización de Kansas es consolidar información entre los profesionales del cuidado de la salud, asegurar niveles adecuados de inmunización y evitar inmunizaciones innecesarias. El acceso es limitado para individuos y entidades que o suministran servicios de inmunización o son requeridos de que se aseguren que las personas están inmunizadas. La privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información contenida en el registro están protegidas todo el tiempo por todos los usuarios autorizados.

Las Enfermeras de Escuelas de Olathe son usuarias del KSWebIZ y con permiso del padre, empezaron a ingresar los registros de otoño del 2010, de los estudiantes de Jardín Infantil y Niñez Temprana. El Departamento de Salud del Condado Johnson ha implementado el sistema y muchas áreas de cuidado de salud están en el proceso de convertirse en usuarios.

La participación en el programa es completamente voluntaria y ningún otro registro de salud o educacional será compartido a diferencia de los registros de inmunización escolar. Si usted desearía que la historia de inmunización de su estudiante ingrese en este sistema, por favor firme abajo y regréselo a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante _____

Doy permiso para que el registro de inmunización de la escuela sea revelado al Programa de Inmunización de Kansas, incluyendo el registro de inmunización para el propósito de evaluación, reporte y prevención de enfermedades. Además entiendo que este consentimiento permanecerá efectivo por a) la duración del tiempo que mi estudiante esté inscrito en el Distrito Escolar de Olathe o b) hasta que sea revocado por escrito, por un padre/guardián.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____



Olathe District Schools Información de la Historia Médica (elemental)

Día de la Fecha: _____ Grado: _____ Información obtenida del: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Padre/Tutor
Apellido Nombre Inicial Varón _____ Mujer _____

Médico: _____ Otro Especialista: _____

Hospital de Preferencia: _____

Medicación Actual/ Tratamiento	Dosis	Hora en el Día	Razón o Diagnóstico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Algunos problemas del desarrollo, el comportamiento, la alimentación o el tragar? _____

Historia del Nacimiento

Duración del Embarazo: _____ semanas Peso al Nacer: _____ lb _____ oz
 Tipo de Parto: (circule) Vaginal Cesárea Planeada Cesárea de Emergencia

¿Tuvo la madre alta presión/toxemia, vómito excesivo, sangrado, infección u otras complicaciones durante el embarazo, los dolores del parto, o el parto? Si es así, favor de especificar: _____

Condición del niño al nacer: Normal _____, Complicaciones? (respiración, corazón, pulmones, ictericia, prematuro, etc.): _____

Alguna de lo siguiente (?): Labio o paladar abierto, soplo de corazón, anomalía genética, pie desorientado, otra _____ no _____ sí (por favor especifique): _____

Dicción/Habilidades Motoras

<u>Tareas Desarrollo</u> (Marque)	Temprano	A Tiempo	Retrasado	<u>Comentarios/Preocupaciones</u>
Se sentó Solo	_____	_____	_____	_____
Gateo	_____	_____	_____	_____
Caminó Solo	_____	_____	_____	_____
Primeras Palabras/Frases	_____	_____	_____	_____
Aprendió a usar el baño	_____	_____	_____	_____

Historia Médica

Por Favor marque si o no a todos, con respecto a la historia médica del estudiante.

Historia	Si	No	Comentarios	Medicación
Corrección de Vista Condición Visual/pérdida			__Lentes__ Lentes de contacto	
Dolores de Cabeza				
Convulsiones			Día de la última convulsión: Día que comenzó:	
Diabetes			__ Tipo 1, Dependiente de insulina __ Tipo 2, No se necesita insulina	
Mareos/Desmayos Contener la Respiración				
ADD o ADHD				
Infecciones de Oído			__ Actualmente __ Tubos(x __)	
Pérdida Auditiva			Tipo: Amplificación usada: Coclear Usado:	
Sangrado de Nariz			¿Con qué frecuencia??	
Preocupación Dental				
Alergias			Comidas ____ Climáticas ____ Picadura de Insecto ____ Medicación __ Reacción: Anafilaxis:	
Asma			Liste lo que la activa	
Bronquitis/Neumonía				
Vejiga/Preocupación del Riñón				
Infección Urinaria				
Dolor de estómago (frecuente) Úlceras Válvulas de contención irritables			Especificar	
Eliminación intestinal dolorosa			¿Con qué frecuencia?	
Trastornos de sueño				
Menta;/Emocional/Conductas de comportamiento			__ Ansiedad __ Frecuentemente triste Otro:	
Preocupaciones Cardíacas/Corazón				
Hospitalizaciones Cirugías			Edad/año/razón	
Accidentes Lesiones de la Cabeza/contusión			Tipo de accidente/edad/año	
Enfermedades de la niñez				