

**INFORME DE SALUD DEL MENOR – CENTROS DE CUIDADO INFANTIL**  
CHILD HEALTH REPORT – CHILD CARE CENTERS

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es voluntario; sin embargo, completar este formulario cumple los requisitos de DCF 202.08(4), DCF 250.07(6)(L)3., y DCF 251.07(6)(k)3. Si no cumple con estas reglas, se puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Cada niño de menos de 2 años de edad tendrá un examen de salud inicial no más de 6 meses antes a no más de 3 meses después de ser admitido al centro y un examen médico de seguimiento al menos una vez cada 6 meses de ahí en adelante. Excepto para un niño en edad escolar, cada niño de 2 años de edad o más tendrá un examen de salud inicial no más de un año antes a no más de 3 meses después de ser admitido al centro y un examen médico de seguimiento al menos una vez cada 2 años de ahí en adelante. Los padres/tutores deberán entregar este formulario al médico, al asistente del médico o al HealthCheck provider para que lo completen, lo firmen y le coloquen la fecha. El licenciario deberá obtener una copia del registro del niño. Nota: Los niños también tienen la obligación de tener en archivo en el centro de cuidado infantil documentación de vacunaciones; podría ser útil si los padres / tutores incluyeran una copia del registro de vacunación del niño cuando presentan este formulario al centro de cuidado infantil.

**PADES O TUTORES – Completen esta sección.**

Nombre – Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento – del Menor (mm/dd/aaaa)
---	--

Dirección – Menor (Calle, ciudad, estado, código postal)

Nombre – Padre/Tutor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección – Padre/Tutor (Calle, ciudad, estado, código postal)

**PROFESIONAL MÉDICO – Complete esta sección.**

Instrucciones para alimentar y cuidar a un niño con problemas especiales, incluidas alergias – Especificar (adjuntar información según sea necesario).

Sí  No ¿El niño tiene alergia a la leche? Si la respuesta es "Sí", identifique el sustituto recomendado para la leche.

Fecha del último análisis de plomo en \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa). Nota: Los niños con Medicaid tienen la obligación de hacerse un análisis alrededor de los 12 meses y 24 meses o una vez entre las edades de 3 y 5 años si no se documenta ningún análisis previo. Los análisis de plomo son optativos para los niños que no están en Medicaid.

Vacuna(s) que no deben administrarse al menor debido a razones médicas – Especificar.

**AUTORIZACIÓN**

Certifico que he examinado al niño indicado arriba en esta fecha y que puede participar de las actividades del programa de cuidado infantil.

Nombre – MD, PA o HealthCheck Provider (a máquina o en letra de molde)	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)
--	--

FIRMA – MD, PA o HealthCheck Provider	Fecha del examen
---------------------------------------	------------------