

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

Mamaroneck, NY 10543

Pre Kindergarten

Estimados padres/tutores de Estudiantes de Pre-Kindergarten:



Por favor completen los siguientes formularios en el paquete adjunto:

1. **Certificado de examen físico:** para ser completado por un médico/profesional del Estado de Nueva York después de tener un examen físico.

Por ley, todos los estudiantes nuevos y aquéllos que ingresan a los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y onceavo deben tener un examen físico del Estado de Nueva York. Los formularios completos firmados, sellados y fechados en los últimos 12 meses son aceptables.

2. **Formulario de administración de vacunación:** debe ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).
3. **Formulario de detección de tuberculosis:** debe ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).
4. **Formulario del índice de masa corporal (IMC):** (forma no incluida en el paquete)

La enfermera escolar debe enviar un informe de IMC y categoría de estado de peso sobre los estudiantes que necesiten exámenes físicos. Si eligen NO querer que los datos anónimos de su hijo(a) sean reportados al Estado, visiten nuestro sitio web e impriman el Formulario de rechazo del IMC, firmenlo y devuélvanlo a su Enfermera escolar lo antes posible.

5. **Información de historia médica del estudiante:** debe ser completado por el padre/tutor.

La información en este formulario ayuda a determinar el estado de salud actual de su hijo(a). Este formulario debe completarse anualmente.

6. **Certificado de examen dental:** debe ser completado por el dentista de su hijo(a).

El Estado de Nueva York exige que las escuelas públicas soliciten un certificado de salud dental para los estudiantes al momento de ingresar a la escuela y en los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y onceavo.

7. **Hoja de permiso de medicamentos:** debe ser completada y firmada por el médico/profesional de su hijo(a) y firmada por un padre/tutor, sólo si su hijo(a) tomará algún medicamento mientras esté en la escuela durante el día escolar.

Este formulario NO está incluido en su paquete. Si es necesario, recojan uno en la Oficina de Salud o imprímalo desde el sitio web de la escuela.

Ningún estudiante puede traer o tomar ningún medicamento en la escuela (incluidos los inhaladores) sin una Hoja de permiso de medicamentos completa así como un recipiente con la etiqueta de la farmacia para el medicamento. Esto incluye TODOS los medicamentos como Tylenol, Motrin, jarabe para la tos, etc. Todos los medicamentos se guardan bajo llave en la enfermería.

Si su hijo(a) tiene asma, se recomienda tener un inhalador adicional en la enfermería.

8. **Notificación sobre detección de plomo:** debe ser completada por el médico/profesional de su hijo(a). Por favor repase la información adjunta sobre detección de plomo.

Por favor devuelvan todos los formularios a la Oficina de Salud tan pronto como se hayan completado. Asegúrense de guardar una copia de los formularios para ustedes mismos.

POR FAVOR NO ENVÍEN FORMULARIOS POR CORREO DURANTE LOS MESES DE VERANO. PUEDEN TRAERLOS HASTA FINALES DE JUNIO MIENTRAS LA ESCUELA ESTÁ EN SESIÓN O TRAERLOS EN LA PRIMERA SEMANA DE LA ESCUELA. FAVOR DE ENTREGARLOS DIRECTAMENTE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

Si tienen alguna pregunta, llamen o pasen por la Oficina de Salud. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Escuela Central – 914-220-3410
Escuela Chatsworth – 914-220-3510
Escuela Mamaroneck Avenue – 914-220-3610
Escuela Murray – 914-220-3710

TODOS LOS FORMULARIOS ESTÁN DISPONIBLES EN LÍNEA
EN WWW.MAMKSCHOOLS.ORG- COMUNIDAD-
SERVICIOS DE SALUD-RECURSOS - PAQUETE
DE REGISTRO/SALUD E INFORMACIÓN DE SALUD
PARA PADRES

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached Date of last seizure: <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m2

Percentile (Weight Status Category): <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes Not Done **Hypertension:** No Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$				

System Review and Abnormal Findings Listed Below

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name: _____ DOB: _____

Vision & Hearing SCREENINGS - Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11

Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
Notes				

Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz. **Not Done**

Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Not Done
Notes				

Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK

- Student may participate in all activities without restrictions.
- Student is restricted from participation in:
 - Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.
 - Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.
 - Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.
 - Other Restrictions:**

Developmental Stage for Athletic Placement Process **ONLY** required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

Tanner Stage: I II III IV V Age of First Menses (if applicable) : _____

Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

MEDICATIONS

Order Form for Medication(s) Needed at School Attached

IMMUNIZATIONS

Record Attached Reported in NYSIIS

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature: _____

Provider Name: *(please print)*

Provider Address: _____

Phone: _____

Fax: _____

Please Return This Form To Your Child's School When Completed.

**MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
VACCINATION ADMINISTRATION RECORD**

Please return this report to your **School Nurse** as soon as your child's vaccinations have been given and/or updated. Failure to provide acceptable evidence of immunization within fourteen days of entry may lead to exclusion from school. This period may be extended up to thirty days for those transferring from out of state or abroad. Vaccines must follow the Advisory Committee for Immunization (ACIP) guidelines.

This form should be completed and/or updated annually. Please see the list of immunization requirements below:

NAME: _____ **DATE:** _____

DOB: _____ **GRADE:** _____ **TEACHER/COUNSELOR** _____

School: CEN CHAT MAS MUR HMX HS Other: _____

Immunization Requirements:

As required by NY State Dept. of Education, Health Care Provider verification of the following is needed for school attendance:

- **DTaP** : three - five (3-5) doses of diphtheria and tetanus toxoid-containing vaccine and acellular pertussis vaccine
- **Tdap** : one (1)dose - students 11 years of age or older entering grade 6 through 12 are required to have one dose of Tdap
- **IPV** : three – four (3-4) doses of polio vaccine
- **MMR** : two (2) doses of live measles, mumps and rubella vaccine (K-12)
- **Hepatitis B** : three (3) doses of Hepatitis B vaccine at intervals recommended by the ACIP
- **VARICELLA**: – two (2) doses of Varicella (chicken Pox) entering kindergarten through grade 12
- **MENINGOCOCCAL**: one (1) dose entering Grade 7 through 11, one-two (1-2) doses at age 16 and entering Grade 12

In addition, for pre-kindergartners:

- **Hib** Haemophilus influenzae type b vaccine: 1-4 doses
- **PCV** Pneumococcal conjugate (PCV) 1-4 doses (age appropriate)
- **MMR & Varicella** : one (1 dose)

**VACCINATION ADMINISTRATION RECORD
TO BE COMPLETED & SIGNED BY THE HEALTH CARE PROVIDER**

<u>VACCINE</u>	<u>DATE GIVEN:</u>
DTaP 1 _____	DTaP 3 _____
DTaP 2 _____	DTaP 4 _____
DTaP 5 _____	OR...
DT 1 _____	OR Td 1 _____
DT 2 _____	OR Td 2 _____
DT 3 _____	OR Td 3 _____
Tdap _____	
IPV 1 _____	IPV 3 _____
IPV 2 _____	IPV 4 _____
VARICELLA 1 _____	
VARICELLA 2 _____	
MMR 1 _____	
MMR 2 _____	
TST (LAST) MANTOUX _____	RESULT _____ ❖
BCG _____	

<u>VACCINE</u>	<u>DATE GIVEN:</u>
HEP B 1 _____	
HEP B 2 _____	
HEP B 3 _____	
OR (Adult formulation 2 dose series, ages 11 – 15 yrs)	
HEP B 1 (1.0 ML) _____	
HEP B 2 (1.0 ML) _____	
HIB 1 _____	
HIB 2 _____	
HIB 3 _____	
HIB 4 _____	
PNEUMOCOCCAL VACCINE	
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	
MENINGOCOCCAL VACCINE _____	
MENINGOCOCCAL VACCINE _____	
HEP A 1 _____	HEP A 2 _____
HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE (HPV)	
1 _____ 2 _____ 3 _____	
COVID 19 --PFIZER _____ MODERNA _____ J&J _____	
1 _____ 2 _____ 3 _____	

❖ If Positive TST, Chest x-ray needed:
 Date of CXR: _____ Results: _____
 INH started: _____ X _____ months

OFFICE STAMP NECESSARY HERE ↓

Healthcare Provider
 NAME (Print) _____
 ADDRESS: _____
 CITY/STATE/ZIP: _____

SIGNATURE: _____
 TELEPHONE #: _____
 DATE: _____

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

HEALTH OFFICE

Tuberculosis Screening/Clearance

Student's Name _____

Mamaroneck Schools require TB risk assessment for all incoming new students.

Students with **NORISK FACTORS** do not require further testing.

_____ This student has no TB risk factors

<p>MD SIGNATURE HERE _____</p> <p>DATE _____ STAMP _____</p>
--

Students with Risk Factors require TB testing:

_____ History of TB exposure

_____ Immigration from high incidence countries (Asia, Africa, Eastern Europe, Central & South America)

_____ Lodging with local residents, families in high incidence countries during travel

_____ Household contact with family members from high incidence countries

_____ Exposure to HIV infected, homeless, drug using or incarcerated individuals

_____ **TUBERCULIN SKIN TEST (TST)**

Date Placed _____ Date Read _____

mm of Induration _____

_____ Chest X-ray results

<p>MD SIGNATURE HERE _____</p> <p>DATE _____ STAMP _____</p>
--

Please see over for helpful information

These countries have LOW RATES OF TB. (2014 WHO)

Australia, Austria, Bahamas, Belgium, Canada, Costa Rica, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Jordan, Luxembourg, Malta, Netherlands, New Zealand, Norway, Puerto Rico, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United States of America. West Bank and Gaza Strip.

All other countries not listed have high rates of TB exposure (and require testing)

If Tuberculin Test or IGRA is positive, now or previously, the following are required:

1. Date of Positive TST or IGRA Date: ____/____/____

2. Chest X-ray: (Please attach copy of report) Date: ____/____/____

____ Normal

____ Abnormal _____
(Describe)

3. Clinical Evaluation:

____ Normal

____ Abnormal _____
(Describe)

4. Treatment:

____ No _____
(Please explain)

____ Yes _____
(Drug, Dose, Frequency, Dates)

Additional review of history, if indicated:

- BCG Vaccine _____ date
- Previous POS TST _____ date
- Previous treatment _____ date

Any other comments _____

Thank you.

- Déficit de Atención Sí ¿El estudiante toma medicina actualmente? No Sí
Nombre de la medicina: _____ Dosis (mg): _____
¿Qué tan seguido la toma? _____
- Alergia a piquete de abeja Sí Describa la reacción: _____
Dificultad para respirar No Sí
¿Necesita medicina de emergencia? No Sí
- ¿Problemas de articulaciones, Sí Describa: _____
huesos, o huesos rotos? ¿Alguna restricción física? _____
- Diabetes Sí ¿Requiere insulina? No Sí Fecha de diagnóstico: _____
- ¿Mareos, pérdida de conciencia, desmayos o pérdida de memoria? Sí
- Condición del corazón, Sí Describa: _____
murmuro o latido irregular? ¿Alguna restricción física? No Sí
¿Cuál? _____ ¿Medicina? No Sí
- ¿Historia de niveles altos de plomo en la sangre? Sí ¿Cuándo? _____ ¿Cuál fue el nivel? _____
- ¿Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano? Sí _____
- ¿Herida previa en la cabeza? Sí Edad: _____ Describa: _____
- ¿Convulsiones? Sí Tipo de convulsión: _____
Fecha de última convulsión: _____ Medicina: _____
¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado de un doctor para convulsiones? No Sí

¿El estudiante ha tenido alguna otra enfermedad? _____

¿El estudiante toma alguna otra medicina diario en casa? No Sí ¿En la escuela? No Sí
Nombre de la medicina: _____ Razón para tomarla: _____

¿El estudiante ha tenido alguna condición que requirió tratamiento de emergencia u hospitalización? No Sí
Si sí, ¿para qué? Edad ¿Cuánto tiempo en el hospital? ¿Cirugías?

Marque las siguientes categorías/preocupaciones de salud que conciernen al estudiante:

◊ **Ojos:** usa lentes usa lentes de contacto: para leer para distancia todo el tiempo

◊ **Oídos:** infecciones frecuentes tubos de oído presentes Fecha: _____
usa aparato auditivo; oído derecho oído izquierdo dificultad para escuchar-explique: _____

◊ **Otros:** sangrado de nariz requiere pañal dificultad para dormir come muy poco
 dolores de cabeza/migrañas requiere cateterización problemas dentales come demasiado
 intestino vejiga moja la cama menstruación fobias

¿El estudiante tiene algún problema médico, físico, de aprendizaje o emocional acerca del cual la escuela deba saber? (discapacidades; padres recién separados; etc.)

¿Su estudiante ha sido evaluado por alguno de los siguientes expertos? (en los últimos 12 meses):

- audiólogo terapeuta ocupacional psicólogo terapeuta de habla/lenguaje
- neurólogo terapeuta físico psiquiatra otro: _____

¿Alguna otra preocupación sobre la salud del estudiante? _____

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

Mamaroneck, NY 10543

CERTIFICADO DEL DENTISTA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Maestro(a):** _____

.....
A SER COMPLETADO POR EL DENTISTA:

Fecha del último examen: _____

Marque el trabajo que fue completado en el último examen:

Inspección Limpieza Reparación Ningún tratamiento

Por favor provea cualquier información acerca de la salud dental del niño(a) que la enfermera escolar debería saber:

Nombre del dentista (por favor use letra de molde): _____

Teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Sello de la oficina del dentista (requerido):

Distrito Escolar de Mamaroneck

NOTIFICACIÓN SOBRE EL EXAMEN DE PLOMO

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

La ley de Salud Pública del Estado de Nueva York #67-1.4 sobre exámenes de plomo dice que:

- Antes de o dentro de los tres meses de la inscripción inicial, cada guardería, jardín de niños y preescolar público y privado, certificado o aprobado por cualquier agencia estatal o local debe obtener una declaración escrita firmada por un proveedor de cuidado de la salud que documente un examen de plomo para cualquier niño(a) de cuando menos un año pero de menos de seis años de edad, y retener dicha documentación hasta un año después de que el niño(a) ya no esté inscrito.
- Cuando no existe documentación de un examen de plomo, el niño(a) no puede ser excluido de asistir al jardín de niños, preescolar o guardería; sin embargo, el proveedor de cuidado del niño(a), director, dueño o persona a cargo del jardín de niños o preescolar deberá proveer al padre o tutor del niño(a) información sobre envenenamiento por plomo y la prevención del envenenamiento por plomo y referir al padre o tutor al proveedor primario de servicios de cuidado de salud del niño(a) o, si el proveedor primario de servicios no está disponible o el niño(a) no tiene un proveedor primario de cuidado de servicios de salud, a otro proveedor primario de cuidado o a la unidad de salud local para obtener un examen de sangre de plomo.

El registro cumulativo de salud del niño(a) debe indicar ya sea la fecha en que se hizo el examen de plomo o que se proveyó la información sobre la referencia respecto al envenenamiento por plomo.

La Oficina de Salud todavía no ha recibido los resultados del EXAMEN DE PLOMO de su hijo(a). Este registro debe ser recibido para cumplir con las regulaciones del Estado de Nueva York.

Por favor mande esta información tan pronto sea posible. Gracias por su cooperación.

Por favor pida al doctor/practicante de su hijo(a) que complete la sección a continuación y regrese esta carta a la enfermera de la escuela.

Nivel de plomo: _____ Fecha del examen: _____

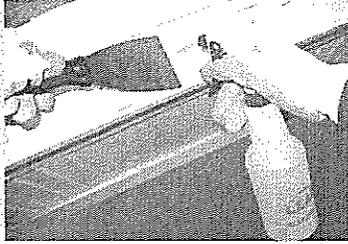
Firma del doctor/practicante: _____

Nombre impreso del doctor/practicante: _____

Dirección: _____

Cómo proteger a su hijo de la intoxicación por plomo

Arregle la pintura con plomo que esté descascarándose y haga reparaciones en la casa de forma segura.



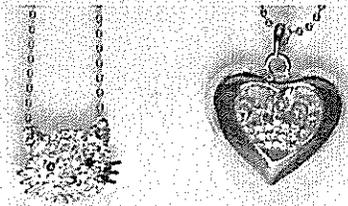
- Mantenga a los niños alejados de la pintura que esté descascarándose o astillándose.
- Antes de hacer reparaciones en una casa construida antes de 1978, llame al Departamento de Salud local para obtener información sobre cómo trabajar de forma segura y mantener niveles bajos de polvo.
- Los niños y las embarazadas deben mantenerse alejados de las reparaciones que rompan la pintura, como cuando se la lija y se la raspa. Deben mantenerse alejados hasta que la zona se haya limpiado con métodos de limpieza en húmedo y una aspiradora con filtro HEPA (filtro de partículas de aire altamente eficaz), no con un barrido en seco.

Elimine el polvo de las manos, los juguetes, las botellas, las ventanas y los pisos.



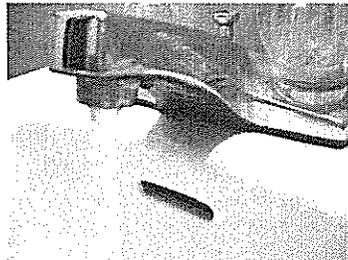
- Lave las manos y la cara de su hijo después de que juegue, antes de las comidas y antes de que se acueste.
- Lave con agua y jabón los juguetes, los animales de peluche, los chupones/chupetes y los biberones de manera frecuente.
- Trapee los pisos con frecuencia y use toallas de papel húmedas para limpiar los pozos y los marcos de las ventanas.

Tenga cuidado de no llevar a la casa ropa, juguetes ni joyas con plomo.



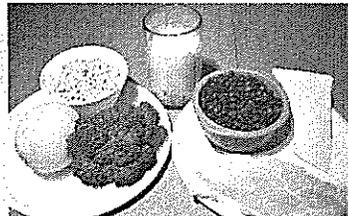
- El plomo está presente en algunas joyas para niños, juguetes, llaves y muebles viejos. Inscríbase para recibir alertas sobre retiradas de productos del mercado en www.cpsc.gov/cpsclist.aspx.
- Algunos trabajos y pasatiempos pueden requerir contacto con el plomo. Por ejemplo: la pintura, la plomería, la construcción, la reparación de autos, el trabajo con armas de fuego, el trabajo con vitrales y la cerámica. Para reducir el polvo del plomo, cámbiese la ropa del trabajo antes de ir a su casa; quítese los zapatos en la puerta; lave por separado la ropa del trabajo o la que usa para sus pasatiempos; y lávese la cara, las manos y la piel descubierta antes de ir a su casa.

Mantenga el plomo alejado de su comida y del agua del grifo.



- Deje correr el agua durante un minuto antes de usarla si no ha corrido durante algunas horas. El agua municipal y el agua de pozo podrían tener plomo debido a las cañerías antiguas.
- Solo use agua fría del grifo para beber, cocinar y preparar la leche de fórmula para bebés. Hervir el agua no elimina el plomo.
- No sirva ni almacene comida en peltre, cristal o cerámica agrietada.
- Llame a su departamento de salud, o visite el sitio web que se indica abajo, para conocer en qué platos, especias, caramelos, cosméticos y remedios para la salud se ha encontrado plomo.

Sirva comidas que tengan calcio, hierro y vitamina C.



- Estas comidas ayudan a evitar que el plomo se almacene en el cuerpo de su hijo.
- Comidas con calcio: leche, queso, yogur, tofu y vegetales verdes.
- Comidas con hierro: frijoles, carne magra, cereal fortificado y mantequilla de maní.
- Comidas con vitamina C: naranja, pomelo/toronja, tomate y pimienta verde.

Obtenga más información sobre el plomo.

www.health.ny.gov/lead

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo.

Llame a su Departamento de Salud local. Búsquelo en www.health.ny.gov/environmental/lead/exposure/childhood/program_contact_map.htm.

Qué significa el análisis de detección de plomo en la sangre de su hijo

El análisis de detección de plomo en la sangre indica cuánto plomo hay en la sangre de su hijo. El plomo puede dañar el crecimiento, el comportamiento y la capacidad de aprendizaje de un niño. Cuanto más bajo es el resultado del análisis, mejor.

La mayoría de los casos de intoxicación por plomo se produce cuando los niños lamen, tragan o inhalan polvo de pintura vieja con plomo. La mayoría de las casas construidas antes de 1978 tiene pintura vieja con plomo, por lo general debajo de la pintura más nueva. Si la pintura se descascara, se agrieta o se desgasta, los trocitos y el polvo de la pintura vieja con plomo pueden extenderse por los pisos, por los marcos de las ventanas y por toda la casa. El polvo de la pintura con plomo puede alcanzar las manos y los juguetes de los niños, y entrarles en la boca.

La mayoría de los niños tiene algún contacto con el plomo mediante la pintura vieja, la tierra, las cañerías u otras fuentes. Por este motivo, el estado de Nueva York les exige a los médicos que les hagan análisis de detección de plomo en la sangre a todos los niños a la edad de 1 año y, luego, a los 2 años. En el caso de los niños de hasta seis años, el médico o el enfermero debe preguntarles a los padres en cada consulta pediátrica preventiva sobre las formas en que su hijo puede haber tenido contacto con el plomo. Los niños que hayan tenido contacto con el plomo deben hacerse análisis.

Si el resultado del análisis con sangre extraída de la yema del dedo es de 5 µg/dl o más, debe hacerse un segundo análisis con sangre extraída de una vena (por lo general del brazo). Si el segundo resultado sigue siendo de 5 µg/dl o más, siga los pasos que se describen abajo.

Resultado del análisis en microgramos por decilitro (µg/dl)	Pasos a seguir
0-4	<ul style="list-style-type: none">• Hay muy poco plomo en la sangre de su hijo.• El resultado promedio del análisis de detección de plomo en la sangre para niños pequeños es de alrededor de 1.4 microgramos por decilitro (µg/dl).
5-14	<ul style="list-style-type: none">• El nivel de plomo en la sangre de su hijo es alto. Un resultado de 5 µg/dl o más requiere tomar medidas.• El médico o el enfermero hablará con usted sobre la alimentación, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, y sobre las posibles fuentes de plomo.• El Departamento de Salud local hablará con usted sobre cómo proteger a su hijo y visitará su casa para ayudarlo a encontrar las fuentes de plomo.• Su hijo debe volver a hacerse análisis dentro de 1 a 3 meses.
15-44	<ul style="list-style-type: none">• El nivel de plomo en la sangre de su hijo es bastante alto. Usted y el médico deben tomar medidas rápidamente.• El médico o el enfermero hablará con usted sobre la alimentación, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, y sobre las posibles fuentes de plomo.• El Departamento de Salud local hablará con usted sobre cómo proteger a su hijo y visitará su casa para ayudarlo a encontrar las fuentes de plomo.• Su hijo debe volver a hacerse análisis dentro de 1 mes o antes según el nivel de plomo en la sangre y la recomendación del médico.
45 o más	<ul style="list-style-type: none">• Su hijo debe recibir tratamiento médico de inmediato.• El médico o el Departamento de Salud local lo llamarán en cuanto tengan los resultados del análisis.• Es posible que su hijo deba permanecer en el hospital, en especial si hay plomo en su casa.• El Departamento de Salud local visitará su casa para ayudarlo a encontrar las fuentes de plomo.• Su hijo no podrá volver a su casa hasta que se hayan eliminado o arreglado las fuentes de plomo.• Es necesario que su hijo vuelva a hacerse análisis después del tratamiento.

Nombre del niño: _____ Resultado del análisis: _____ µg/dl Fecha: _____

Si el resultado del análisis no está escrito aquí, pídaselo al médico o al enfermero, anótelo y guárdelo en sus registros.

Para cualquier resultado de análisis, siga los consejos que figuran del otro lado de la hoja para evitar que aumente el nivel de plomo en la sangre de su hijo.



Para: Familias del Distrito de Mamaroneck

Por favor tome nota que **todos los formularios de salud** se pueden encontrar en la página web del distrito.

Para exámenes físicos:

- www.mamkschools.org
- Comunidad
- Servicios de salud
- Formularios individuales de salud
 - Certificado de examen físico
 - Formulario de administración de vacunación
 - Certificado dental
 - Formulario de tuberculosis

Para formularios de orden de medicamentos y planes de acción:

- www.mamkschools.org
- Comunidad
- Servicios de salud
- Información de salud para padres
 - Formulario de permiso de medicamentos
 - Plan de acción de emergencia para alergia, asma y convulsión

Atentamente,

Enfermeras del Distrito de Mamaroneck