

Aviso de Información Necesitada / Exclusión

Nombre del niño: _____

Local: _____ Educador: _____

Dear Parent or Guardian,

Estimado Padre de Familia o Guardián,

Las regulaciones estatales y federales requieren que los niños matriculados en el programa de Head Start tengan:

- Todas las **inmunizaciones** actualizadas o al día antes de la matriculación.
- Un examen físico dentro de un año antes de entrar, **o dentro de 30 días de la matriculación** con un aclaramiento válido de TB. Los exámenes físicos deben de completarse al nacer, cada 2 meses de 1-6 meses de edad, cada 3 meses de 6-17 meses, una vez entre 18-23 meses, luego anualmente después de los 2 años.
- Un examen dental completado dentro de un año antes de entrar, o dentro de 30 días de la matriculación para los programas que operan menos de 90 días o dentro de 90 días de la matriculación para los programas más de 90 días. Se debe de recibir tratamiento cuando problemas dentales sean identificados por el doctor o dentista que ha examinado al niño.

Nuestros archivos indican que le hace falta a su niño lo siguiente: (Artículos marcados con * son automáticamente considerados excluibles y su niño no podrá asistir hasta que los artículos se hayan recibido):

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> * <input type="checkbox"/> Inmunización de HIB * <input type="checkbox"/> Inmunización de Hep A * <input type="checkbox"/> Inmunización de Hep B * <input type="checkbox"/> Inmunización de DTP * <input type="checkbox"/> Inmunización de MMR * <input type="checkbox"/> Inmunización de Polio * <input type="checkbox"/> Inmunización de Varicela * <input type="checkbox"/> Evaluación de TB por el médico y/o Examen de Piel de TB * <input type="checkbox"/> Examen Físico (completado dentro de 1 año antes de la matriculación o dentro de 30 días de la matriculación) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Físico actualizado /Hgb/TB con comprobante de Resultados/evaluación del nivel de plomo <input type="checkbox"/> Resultados de Nivel de Plomo (resultados pasados/nueva orden de laboratorio) <input type="checkbox"/> Asma (Papeleo para que firme el doctor) <input type="checkbox"/> Resultados de HGB/HCT <input type="checkbox"/> Archivos de Seguimiento de Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Historial de Salud <input type="checkbox"/> Examen/Tratamiento Dental <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|

Favor de llevar la información necesitada a la oficina para el _____ para que podamos mantener el expediente de salud de su niño actualizado. Si no se recibe la documentación solicitada, **no se permitirá al niño asistir a la escuela (excluido)** hasta que se provea la información. Tan pronto como se presente la documentación solicitada, su niño será readmitido a la clase (Si hay un lugar disponible). **Favor de comunicarse con su proveedor de cuidado de salud para una cita o con la enfermera de Head Start si requiere ayuda.**

Personal de Salud y Numero de Contacto

Fecha