

## Sobre la inscripción del Seguro de Ayuda Mútua contra Accidentes del Centro de Promoción de Deportes de Japón

Comité de Educación de .....

Bienvenidos a nuestra escuela.

El Comité de Educación de ....., tiene un contrato mútuo con el Centro de Promoción de Deportes de Japón para casos de accidentes. Es un sistema de subsidio que cubre los gastos médicos y paga a los padres o tutores una cantidad de dinero (mimaikin) en casos de accidentes originados bajo la supervisión de la escuela. Para la inscripción se necesita del consentimiento de los padres y entregar los datos del alumno. La inscripción es optativa y el interesado debe llenar los requisitos y entregar la solicitud al director(a) de la escuela.

Los reglamentos de pago del seguro están indicados en el decreto del Centro de Deportes de Japón. En caso de revisión o modificación de la ley se basará a la misma y el decreto actual está vigente desde el primero de enero del año 2012.

### NOTIFICACIÓN

#### 1. Tipos de compensación y circunstancias. (Condición de pago en casos de accidentes, artículo 3)

Tipos de accidentes	Límites en casos de accidentes		Tipos de compensación
<b>Heridas</b>	En casos ocurridos bajo la supervisión de la escuela y los gastos necesarios para su tratamiento sobrepase los 5.000 yenes.		Gastos médicos. ● Se pagará 4/10 parte de los gastos que cubre el seguro. (será sumado 1/10 para los gastos de tratamiento) (En casos de gastos elevados será sumado el 1/10 del monto total) ● En caso de internación se sumarán los gastos de comida al monto estipulado.
<b>Enfermedad</b>	En caso de enfermedad contraída bajo la supervisión de la escuela y el monto de los gastos supere los 5.000 yenes y determinados por el Ministerio de Educación tales como: intoxicación por comida escolar, ahogamiento, ingestión de sustancia nociva, dermatitis, golpes y heridas		
<b>Secuelas</b>	En casos de secuelas originadas por accidentes producidos bajo la supervisión de la escuela.		De 37.7 millones a 820 mil yenes en casos de secuelas. (producidas en el trayecto escolar se abonará la mitad)
<b>Defunción</b>	En caso de muertes ocurridos por causas directas de accidentes o enfermedades bajo la supervisión escolar.		28 millones de yenes en casos de muerte. (se pagará la misma cantidad en casos de fallecimiento producido en el trayecto escolar)
	Fallecimiento súbito	Por actividades físicas	28 millones (mitad en caso de trayecto escolar)
		Sin relación con actividades físicas	14 millones (misma cantidad en caso de trayecto escolar)

Se dice bajo la supervisión escolar en los siguientes casos:

1. Durante las clases (incluida las guarderías, etc)
2. Durante las actividades extraeducativas programadas.
3. En horas de descanso y horas especialmente fijadas.
4. Durante el trayecto escolar determinado.
5. En caso de internados, durante el mismo, etc.

**2. Condiciones de pago:**

1. El seguro cubrirá los gastos desde la primera consulta hasta 10 años como máximo en heridas o enfermedad de un mismo accidente.
2. En casos de no tramitar durante dos años desde el día del accidente, perderá el derecho a cobro por prescripción.
3. El seguro no cubrirá en casos de haber recibido indemnización o cobros por determinación de otros seguros. (por ejemplo en casos de pagos por fomento médico de bienestar de menores o padres únicos).
4. Este plan no cubre los gastos médicos en casos de niños accidentados cuyos padres reciben apoyo financiero determinado por la ley de ayuda social.
5. El seguro no cubrirá en casos de delitos, enfermedades, accidentes o muertes ocasionados voluntariamente por estudiantes bachilleres o de colegios técnicos.
6. En casos de delitos, enfermedades, accidentes o muertes ocasionados voluntariamente por estudiantes bachilleres o de colegios técnicos, el seguro puede cubrir sólo parcialmente.

\* Resumen transcrito del Sistema de Seguro de Ayuda Mutua del Centro de Promoción de Deportes del Japón.

**3. Cuota de seguro mutual (monto anual).**

Cuota pagada por los padres o tutor : \_\_\_\_\_ yenes  
 (Cuota pagada por el Comité de Educación de \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ yenes  
 ※ La cuota es anual

*Aclaración: A los padres que consienten firmar el contrato, se aclara que los términos escritos son estipulados del japonés. La traducción al español es meramente provisional y es para beneficiar a los padres o tutores extranjeros. Los padres que deseen mayor aclaración o cerciorarse sobre los términos del contrato, recomendamos consultar con un profesional legal.*

----- RECORTAR -----

**CONSENTIMIENTO**

Sres. Comité de Educación de \_\_\_\_\_  
 Ciudad de \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Grado(curso) \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Solicito la inscripción de mi hijo(a) arriba mencionado, durante los años escolares, para el contrato del Seguro de Ayuda Mútua contra Accidentes del Comité de Educación a su cargo y la Corporación Administrativa Independiente del Centro de Promoción de Deportes de Japón.

Fecha:Año: \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ sello



Nombre:

○ **Escriba sobre sus antecedentes clínicos o enfermedad que padece actualmente.**

Enfermedad	Edad	Enfermedad	Edad	Enfermedad	Edad	Enfermedad	Edad
Sarampión		Rubeola		Varicela		Parotitis epidémica	
Enfermedad		Edad	Tratam. finalizado	En tratamiento		Cirugía. Internación	
Enfermedad del riñón.						Diagnóstico: ( )	
Enfermedad del corazón.						Tiempo de internación	
Enfermedad de Kawasaki						Desde: Año:    Mes: Hasta: Año:    Mes:	
Asma						Cirugía. Internación	
Convulsión por fiebre						Diagnóstico: ( )	
Otítis						Tiempo de internación	
						Desde: Año:    Mes: Hasta: Año:    Mes:	

○ **Sobre la vacunación(Escriba de acuerdo a la libreta familiar)**

Clase de vacuna		Fecha de vacunación			Clase de vacuna		Fecha de vacunación		
BCG		Año:	Mes:	Día:	Polio	Primera	Año:	Mes:	Día:
Triple DPT	Primera	Año:	Mes:	Día:		Segunda	Año:	Mes:	Día:
	Segunda	Año:	Mes:	Día:		Tercera (v. inactiva)	Año:	Mes:	Día:
	Tercera	Año:	Mes:	Día:		Refuerzo (v. inactiva)	Año:	Mes:	Día:
	Refuerzo	Año:	Mes:	Día:		Encefalitis japonesa	Primera	Año:	Mes:
Sarampión y Rubeola	Año:	Mes:	Día:	Segunda	Año:		Mes:	Día:	
Sarampión y Rubeola	Año:	Mes:	Día:	Refuerzo	Año:		Mes:	Día:	

## ○ Hogar ⇄ Escuela

(Escriba detalladamente si está bajo tratamiento y marque en círculo si está sano)

Grado	Temp.	Sano	Observaciones
Ejemplo	36.5°C	Si está sano <input type="radio"/>	Consulta 2 veces al mes en la clínica X por asma.Tomo medicina cada mañana.Fuera de la convulsión puedo hacer ejercicios físicos. Tengo alergia a XX o a la sopa que contiene XX.Suelo estar nervioso. Estoy en trámites de seguro por fractura,etc.
1er grado			
2º grado			
3er grado			
4to grado			
5to grado			
6to grado			
1er curso			
2o curso			
3er curso			

Nombre:

○ **Escriba sobre sus antecedentes clínicos o enfermedad que padece actualmente.**

Enfermedad	Edad	Enfermedad	Edad	Enfermedad	Edad	Enfermedad	Edad
Sarampión		Rubeola		Varicela		Parotitis epidémica	
Enfermedad		Edad	Tratam.finalizado	En tratamiento		Cirugía.Internación	
Enfermedad del riñon.						Diagnóstico: ( )	
Enfermedad del corazón.						Tiempo de internación Desde: Año: Mes:	
Enfermedad de Kawasaki						Hasta: Año: Mes:	
Asma						Cirugía.Internación	
Convulsión por fiebre						Diagnóstico: ( )	
Otítis						Tiempo de internación Desde: Año: Mes:	
						Hasta: Año: Mes:	

○ **Sobre la vacunación(Escriba de acuerdo a la libreta familiar)**

Clase de vacuna		Fecha de vacunación			Clase de vacuna		Fecha de vacunación		
BCG		Año:	Mes:	Día:	Polio	Primera	Año:	Mes:	Día:
Triple DPT	Primera	Año:	Mes:	Día:		Segunda	Año:	Mes:	Día:
	Segunda	Año:	Mes:	Día:		Tercera (v. inactiva)	Año:	Mes:	Día:
	Tercera	Año:	Mes:	Día:		Refuerzo (v. inactiva)	Año:	Mes:	Día:
	Refuerzo	Año:	Mes:	Día:		Encefalitis japonesa	Primera	Año:	Mes:
Sarampión y Rubeola	Año:	Mes:	Día:	Segunda	Año:		Mes:	Día:	
Sarampión y Rubeola	Año:	Mes:	Día:	Refuerzo	Año:		Mes:	Día:	

○ Hogar ⇄ Escuela

(Escriba detalladamente si está bajo tratamiento y marque en círculo si está sano)

Grado	Temp.	Sano	Observaciones
Ejemplo	36.5°C	Si está sano <input type="radio"/>	Consulta 2 veces al mes en la clínica X por asma.Tomo medicina cada mañana.Fuera de la convulsión puedo hacer ejercicios físicos. Tengo alergia a XX o a la sopa que contiene XX.Suelo estar nervioso. Estoy en trámites de seguro por fractura,etc.
1er grado			
2º grado			
3er grado			
4to grado			
5to grado			
6to grado			
1er curso			
2o curso			
3er curso			

Fecha:        /        /

Sres.Padres o Tutores.

Director(a)de la escuela .....

**Aviso del Control Médico**

Se realizará el control médico detallado abajo, con la finalidad de fortalecer y conservar la salud de su hijo, para llevar una vida escolar saludable y descubrir precozmente alguna enfermedad latente. Apreciamos su colaboración.

(El control correspondiente está marcado en el casillero)

**DETALLES**

## 1. Tipos de control médico y fecha de realización.

No.	Tipos de Control	Fecha de realización				Grado
		Mes	Día	Semana	Hora	
<input type="checkbox"/> 1	Exámen clínico					
<input type="checkbox"/> 2	Medida física					
<input type="checkbox"/> 3	Exámen dental					
<input type="checkbox"/> 4	Exámen ocular					
<input type="checkbox"/> 5	Exámen otorrino					
<input type="checkbox"/> 6	Examen de audición					
<input type="checkbox"/> 7	Examen visual					
<input type="checkbox"/> 8	Exámen urinario					
<input type="checkbox"/> 9	Electrocardiograma					

## 2. Solicitud.

- Para el exámen de medición física y exámen clínico.
  - ※El día previo al exámen, bañese y mantengase aseado. Corte las uñas.
  - ※Lleve ropa fácil de desabrigarse sólo.
  - ※Escriba el nombre y apellido en todas las ropas.
- Para la consulta odontológica.
  - ※Cepille bien los dientes después del desayuno.
- Para la consulta otorrinolaringológica:
  - ※Limpie los oídos antes de la consulta.

## 3. Otros detalles

El resultado de los exámenes se comunicará posteriormente.



Fecha: / /

Sres. Padres o Tutores.

Director(a) de la escuela .....

**Informe del resultado del examen clínico**

Grado: Clase: Nombre:

Les comunicamos sobre el resultado del examen clínico. Solicitamos consultar con el médico especialista en la brevedad posible y recibir un tratamiento adecuado.

(La parte afectada está marcada en el casillero correspondiente).

[Diagnóstico y observación]

1. Estado nutricional:

Obeso  Tendencia a la obesidad  Mal nutrido  Sospecha de anemia

2. Vértebra, tórax:

Sospecha de anomalía vertebral  Sospecha de anomalía en el tórax.

( )

3. Enfermedad de la piel:  Dermatitis atópica  Eccema  Otros

4. Enfermedad cardíaca:  Arritmia  Soplo cardíaco.

5. Otros:

※Entregue el certificado médico a la escuela después de consultar con el médico especialista.

## CERTIFICADO MÉDICO

Grado: Clase: Nombre:

Resultado del examen médico e indicaciones para la escuela.

Diagnóstico (Nombre de la enfermedad):

Tratamiento:

Cuidados para la orientación estudiantil, etc:

Certifico que el paciente ha realizado la consulta correspondiente.

Fecha: Año: Mes: Día:

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Sello \_\_\_\_\_

## Encuesta sobre Salud Dental (Odontológico)

Es un examen para saber el estado de los dientes, encías, alineamiento, articulación mandibular, masticación y sarro.

Marque en circulo la parte correspondiente. Escriba en el recuadro de abajo si tiene alguna inquietud que quiera consultar con el dentista de la escuela (colegio).

### I. Sobre sus dientes, encías y mandíbulas.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Tengo ruido en las articulaciones de las mandíbulas al abrir la boca. | SÍ | NO |
| 2. Siento dolor o tengo dificultad para abrir la boca.                   | SÍ | NO |
| 3. Me siento incómodo con la alineación de los dientes.                  | SÍ | NO |
| 4. Tengo sangrado en las encías.   | SÍ | NO |
| 5. Tengo dolor de diente o tengo chorro                                  | SÍ | NO |
| 6. Tengo dificultad para comer o tragar.                                 | SÍ | NO |
| 7. Tengo halitosis. (olor en la boca)                                    | SÍ | NO |
| 8. Conozco el CO (observación de diente con sospecha de caries)          | SÍ | NO |
| 9. Conozco el GO (observación de las encías)                             | SÍ | NO |

【Escriba sobre las inquietudes que quiera consultar con el dentista】

Fecha: / /

Sres. Padres o Tutores.

Director(a) de la escuela.....

**Informe sobre examen dental y bucal. Recomendación de control**

(Este examen médico colectivo tiene como objetivo la detección precoz de anomalías)

Grado: \_\_\_ Clase: \_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

El resultado del examen odontológico realizado el ..... de ..... fué:

**Normal**

	Sin caries. Cuide sus dientes, cepille y lleve una vida saludable. También consulte periódicamente con su dentista.
--	---

**En Observación**

CO	No tiene caries pero necesita de observación. Cepille con cuidado y evite comer cosas muy dulces. Se aconseja consultar recibir consejos odontológicos.
GO	Se observa inflamación y sangrado en la encía. Si deja sin tratamiento tiene peligro de padecer gingivitis. Cepille con cuidado para quitar el sarro de los dientes. Consulte y reciba los consejos del dentista.
Sarro	Tiene sarro por mal cepillado. Cepille con cuidado
Dentadura Mandíbula	Necesita de observación.

El alumno que tiene el casillero marcado necesita consultar con el dentista lo antes posible .

Después del tratamiento entregue el resultado a la escuela.

**Necesidad de consulta odontológica**

ANORMALIDAD	DETALLES	RESULTADO
Necesidad de examen	Necesita revisar los dientes (diente de leche - diente definitivo)	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Caries (C)	Tiene dientes con caries. Si deja puede afectar el diente definitivo. (leche. definitivo)	a) Tratamiento finalizado. b) En observación
Gingivitis (G)	Tiene sarro e inflamación en las encías.	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Sarros	No tiene gingivitis pero tiene sarros	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Alineación y oclusión	Anormalidad de alineación y masticación	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Anormalidad mandibular	Anormalidad en el tendón mandibular	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Cuidado con el diente de leche	Hay diente de leche donde no debe estar	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Suciedad	Tiene suciedad en los dientes molares.	a) Tratamiento finalizado b) En observación
Otros		a) Tratamiento finalizado b) En observación

【歯科健康診断結果のお知らせ】

健康-⑤

Fecha:(día)..... (mes).....(año)

Sr. Odontólogo

Nombre de la clínica:\_\_\_\_\_

Solicito el tratamiento dental necesario.

Por favor,comunique al finalizar el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del odontólogo

Solicitud a los padres o tutores

De los diagnósticos arriba mencionados,el tratamiento de alineación dental no cubre el seguro médico.Si no tiene interés en el tratamiento inmediato,firmo y entregue esta hoja a la escuela.

Postergaré la consulta y tratamiento.

Fecha: Año:            mes:            día:

\_\_\_\_\_  
Nombre y sello del padre

**CUESTIONARIO DE CONSULTA OFTALMOLÓGICA**

Este cuestionario de consulta oftalmológica es para saber si su hijo necesita de una consulta médica oftalmológica detallada.

Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Marque con ○ el casillero correspondiente

	Contenido	Marque
1	Tengo legañas	
2	Frecuentemente tengo picazón en los ojos	
3	Se me enrojece los ojos.	
4	Siempre me duelen los ojos.	
5	No veo bien la letra de la pizarra.	
6	Uso gafas(anteojos)	
7	Uso lentes de contacto.	
8	No distingo los colores o me equivoco (Ej.verde,rojo)	
9	Consulté con el oculista hace un año ¿Porqué razón consultó? ( )	
10	¿Tiene alguna pregunta al oculista? ¿Sobre qué quiere cosultar? ( )	
11	Escriba si tiene otra inquietud.	

**Favor de responder la pregunta 12 de la siguiente página.**

13	No tengo nada que marcar en las preguntas del 1al10. Ya he marcado la pregunta 12 de la página siguiente.	
----	--	--

※ Uso exclusivo de la escuela(colegio)

	Sin lentes	Con lentes	Con lentes de contacto(Marque con○)
Resultado del examen visual	Resultado de visión		Ojo Derecho ( A B C D )
			Ojo Izquierdo ( A B C D )

<b>Resultado</b>	Normal	En observación	Necesita consultar
	Otros( )		

## Prueba de Deficiencia de Colores

La deficiencia de colores (daltonismo) se detecta en un 5% (1 de cada 20 personas) en varones y un 0.2% (1 por cada 500 personas) en las niñas.

Generalmente no existe inconveniente en la vida escolar diaria pero se necesita de consideración debido a los inconvenientes que puede tener en las clases que utilizan colores como materiales didácticos.

En la mayoría de los casos no presentan síntomas notorios y se pasa desapercibido por lo cual es un examen muy importante para detectar y realizar un tratamiento precoz.

Marque el cuadro si desea realizar el examen.

	Sobre la Prueba de Visión de Colores	Marque con○
12	Solicito la prueba	
	No es necesario	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre

Fecha: Año:      Mes:      Día:

Sres Padres o tutores

Escuela(Colegio):

Director(a):

**Aviso sobre resultado del control oftalmológico**

Grado:      Clase:      Nombre: \_\_\_\_\_

Les comunicamos sobre el resultado del control oftalmológico de su hijo. El diagnóstico está marcado en el casillero de abajo. Consulte con el médico lo antes posible y al finalizar el tratamiento tenga el favor de informar al profesor de clase.

	DIAGNOSTICO		DIAGNOSTICO
	Conjuntivitis crónica		Quiste de párpados
	Conjuntivitis alérgica		Orzuelo
	Conjuntivitis folicular		Conjuntivitis vernal
	Inflamación del párpado (blefaritis)		Cataratas
	Pestaña Inversa		

1. Consulte con el oculista en la brevedad posible.
2. Consulte cuando tenga síntomas.

**Diagnóstico e Indicaciones**

Diagnóstico		
Indicaciones médicas		
Natación (marque en ○)	Autorizado	Prohibido

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

Hospital: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Fecha:        /        /

Sres. Padres o Tutores.

Director(a) de la escuela:.....

**Informe del resultado del examen de graduación ocular**

Grado\_\_ Clase \_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Informamos sobre el examen de graduación ocular. El alumno con resultado de B a D debe consultar con el oculista y recibir el tratamiento y las instrucciones médicas necesarias.

Resultados A, B, C, D

<b>A</b>	más de 1.0	<b>B</b>	de 0.9~0.7	<b>C</b>	de 0.6~0.3	<b>D</b>	menos de 0.3
----------	------------	----------	------------	----------	------------	----------	--------------

Visión sin lentes	Derecho (        )	Visión con lentes	Derecho (        )
	Izquierdo (        )		Izquierdo (        )

Avisé al profesor encargado sobre el resultado de este examen visual

**Resultado médico oftalmológico**

	Ojo derecho	Ojo izquierdo
Visión normal	(        )	(        )
Visión con lentes	(        )	(        )
Diagnóstico	normal, hipermetropía, astigmatismo, ambliopía, miopía, espasmo regulado, otros (        )	normal, hipermetropía, astigmatismo, ambliopía, miopía, espasmo regulado, otros (        )
Tratamiento Observación	( Sí    •    No    [Siguiente control a los        meses]	
Indicaciones médicas	Colirio (sí • no) Anteojos (sí • no • renovar • consulta periódica) Uso de anteojos ( permanente • durante la clase) Otros (        )	

Certifico que el paciente ha consultado en este centro médico.

Fecha: Día        / Mes        / Año

Nombre del hospital:

Nombre y firma del médico: \_\_\_\_\_



**Encuesta sobre oído, nariz y garganta (para estudiante de primaria)**

Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Este cuestionario es para utilizar como referencia de consulta médica. Marque en círculo los síntomas que tiene.

1. Tengo previsto consultar con el médico dentro de tres meses. (Hospital: \_\_\_\_\_ )
2. Tengo dificultad de audición.
3. Estornudo, tengo la nariz congestionada, mocos y me siento molesto todo el año.
4. Siempre estoy con la boca abierta.
5. Ronco todas las noches.
6. Tengo la voz atónica.
7. Tengo mala pronunciación.
8. Sin síntomas arriba mencionado (del 1 al 7).

Exclusivo para uso escolar (Los padres no deben marcar)

Para uso escolar (Comentario del profesor)	Resultado de la consulta
1. No escucha bien. 2. Siempre toca la nariz. 3. Se congestiona la nariz frecuentemente. 4. Tiene sueño en la clase (mañana) 5. Siempre está con la boca abierta. 6. Tiene voz ronca. 7. Pronuncia mal. 8. Anormalidad de audición (derecha, izquierda, ambos 1000-4000Hz) 9. Más de una semana de ausencia a clase 10. Sin entregar certificado médico de la consulta del año anterior	A1. Posibilidad de pérdida de audición A2. Tapado con cerumen C1. Adenoides A3. Otítis supurativa C2. Hipertrofia de A4. Otítis crónica las amígdalas C3. Amigdalítis B1. Rinitis crónica C4. Falla de sonido B2. Rinitis alérgica C5. Dificultad B3. Sinusitis para hablar B4. Enfermedad del espacio nasal D. Otros E. Normal

**Encuesta sobre oído, nariz y garganta (para estudiante de secundaria)**

Curso: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Este cuestionario es para utilizar como referencia de consulta médica en el colegio. Marque en círculo los síntomas que tiene.

1. Tengo previsto consultar con el médico dentro de tres meses. (Hospital: \_\_\_\_\_ )
2. Siento mareos (no es mareo al pararme).
3. Estornudo, tengo mocos y me siento molesto todo el año.
4. Tengo moco espeso, y muchas veces baja hasta la boca.
5. Tengo la nariz taponada y no puede respirar.
6. Tengo problema para oler (olfato).
7. Tengo la voz ronca.
8. Sin síntomas arriba mencionado (del 1 al 7).

Exclusivo para uso escolar (Los padres no deben marcar)

Para uso del colegio (comentario del profesor)	Resultado de la consulta
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anormalidad de audición. (izquierdo, derecho, ambos 1000, 4000Hz)</li> <li>2. Sin entregar certificado médico de la consulta del año anterior</li> <li>3. Necesita de control médico. Motivo: <input type="radio"/> No escucha bien. <input type="radio"/> Abre frecuentemente la boca. <input type="radio"/> Pronuncia mal. <input type="radio"/> Otros.</li> </ol>	<p>A1. Posibilidad de pérdida de audición A2. Tapado de cerumen C1. Adenoides A3. Otitis supurativa C2. Hipertrofia de A4. Otitis crónica las amígdalas C3. Amigdalitis B1. Rinitis crónica C4. Falla de sonido B2. Rinitis alérgica C5. Dificultad B3. Sinusitis para hablar B4. Enfermedad del espacio nasal D. Otros E. Normal</p>

Sres. Padres

Fecha:        /        /

Director(a) de la escuela.....

## Informe del resultado del examen otorrinolaringológico

Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Les informamos sobre el examen médico realizado y se ha detectado la sospecha de una enfermedad señalada en el casillero correspondiente. Consulte con el médico especialista en la brevedad posible y reciba el tratamiento y orientación profesional adecuado.

Después de la consulta médica, tenga el favor de informar al profesor encargado de la clase.

- Oído taponado:** Está taponado con cerumen y no se puede ver el tímpano. Si deja sin tratamiento y hace natación puede tener inflamación. Consulte con el médico.
- Otitis media crónica:** Tiene perforación de tímpano con supuración con riesgo de perder la audición. Consulte con el médico antes del inicio de las clases de natación.
- Otitis crónica con supuración:** Tiene una leve supuración con dolor y la audición está decaída.
- Sospecha de anormalidad auditiva:** Necesita de un análisis más minucioso.
- Rinitis alérgica:** Tiene síntomas de estornudo, rinorrea, oclusión nasal con riesgo de pérdida de concentración, insomnio y alergias al polen.
- Sinusitis:** Es el empiema. Puede producir oclusión nasal, moco espeso y pesadez de cabeza.
- Arqueación del tabique nasal:** El síntoma más común es la oclusión nasal y puede producir sangrado y pesadez de cabeza.
- Rinitis crónica:** Tiene oclusión nasal y moco. Puede tener síntomas de gripe o sinusitis.
- Amigdalitis :** Puede producir inflamación crónica, fiebre y dolor de garganta.
- Amígdala hipertrófica :** Puede producir una insuficiencia respiratoria crónica, dificultad para tragar, ronquera o paro respiratorio durante el sueño.
- Adenoide:** Tiene agrandamiento de las amígdalas y puede producir oclusión nasal, ronquera, paro respiratorio durante el sueño y otitis crónica.
- Anormalidad sonora:** Tiene la voz ronca y dificultad para hablar.

## Informe médico

Grado: Clase: Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: (1) En observación (2) En tratamiento (3) Tratamiento finalizado (4) Otros

Natación: (1) Permitido (2) Autorización de uso de tapones (3) Otros

Otras indicaciones:

Fecha: Año: Mes: Día:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Fecha:            /        /

Sres.Padres.

Director(a) de la escuela: .....

### Aviso de análisis de orina

Les comunicamos que realizaremos el siguiente análisis de orina a su hijo para detectar precozmente alguna enfermedad latente.

1. Objetivo: Se realizará para detectar precozmente alguna enfermedad renal y diabética
2. Fecha de entrega del material:            Mes:                            Día:  
En caso de olvidarse,entregar el :        Mes:                            Día:
3. Lugar de entrega:                            Clase                             Enfermería
4. Este análisis se realizará: En todos los grados.
5. Forma de recolectar la muestra de orina
  - (1) Debe recolectar la primera orina de la mañana después de levantarse.Desechar las primeras gotas y recolectar la siguiente orina en el recipiente indicado.
  - (2) Llene la orina hasta la línea marcada en el recipiente.
  - (3) Cierre la tapa y coloque en la bolsita. (La escuela repartirá el material)
6. Se avisará en caso de necesidad de un segundo análisis.

Notificación de suspensión de asistencia a clase

Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Notificamos que su hijo no puede asistir a clase por la siguiente razón.

1. Motivo de suspensión

- Influenza     Papera     Papera     Varicela (viruela loca)     Rubéola
- Otros    ( Infección estreptocócica hemolítica     .....

2. Período de suspensión

Desde el \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta la fecha de permiso médico.

3. Otras informaciones importantes

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

Sres.Padres o Tutores.

Director(a) del colegio \_\_\_\_\_ sello

Solicitud de autorización para asistir a clase

Sr(a).Director(a):

- Diagnóstico: Influenza    Papera    Varicela (viruela loca)    Rubéola
- Otros ( Infección por estreptocócica hemolítica     )

Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

La enfermedad contagiosa que el paciente padecía,ha mejorado y solicito la autorización para asisitir a clase, desde el mes: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_

Fecha: Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

Nombre del hospital:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ sello

※ Asista a clase con éste certificado médico de autorización.

### CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES CARDIACAS

A los padres  
 Para que su hijo pueda llevar una vida escolar agradable y significativa, debemos cuidar de su salud, sobre todo es importante en niño con enfermedad cardíaca por lo tanto, ponemos énfasis en el examen cardiológico.  
 Pedimos la cooperación de los padres o tutores sobre este cuestionario.  
 Marque el cuadro correspondiente y escriba clara y detalladamente los espacios libres.

Fecha de consulta: Año \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_

Director(a)

Escuela:	Gdo.	Clase No.	(hiragana) Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: Año: /mes /día
----------	------	--------------	-----------------------	---	--

**1. ¿Ultimamente, ha padecido de algunos de los siguientes síntomas?**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Tengo palpitación repentina, sin hacer esfuerzo .....      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b) Me canso y se agacho con ejercicios leves. ....            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c) Siento dolor en el pecho al hacer ejercicios. ....         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d) A veces tengo pulso irregular .....                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e) Me desmayo relajado, durante o después de ejercitarme..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f) Palpito o jadeo al subir la escalera .....                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**2. ¿Le ha diagnosticado alguna vez de enfermedad cardíaca? (  Sí  No )**  
**Si ha respondido sí, responde a las preguntas del 1 al 4.**

1) ¿Cuál fué el diagnóstico?  
 Marque y escriba detalladamente el nombre de la enfermedad.

a. Enfermedad cardíaca congénita    b. Arritmia    c. Cardiomiopatía    d. Soplo  
 e. Anormalidad del ecocardiograma    f. Insuficiencia cardíaca reumática.  
 g. Otros: \_\_\_\_\_

2) ¿ Cuándo y donde fué diagnosticado?  
 Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses.    Hospital: \_\_\_\_\_ Escuela: (Grado) \_\_\_\_

3) ¿Qué tratamiento ha realizado?

a. Sin detección de anormalidad. Hospital : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

b. Consulta periódicamente.  
 Hospital: \_\_\_\_\_ (.....veces/año Clasif. del tratam. A B C D E Sí No)

c. No he consultado, tratamiento abandonado.

4) ¿Ha tenido cirugía de corazón?  
 a. Sí    Última cirugía: Fecha: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
 b. No

3. ¿Ha padecido la enfermedad de Kawasaki ?.  
(Si ha respondido "sí" responda a las siguientes preguntas)

<p>1) ¿ Cuándo y dónde le ha diagnosticado? ( Edad: _____ años _____ meses) Hospital: _____</p> <p>2) ¿Cuál fué el resultado del ecocardiograma? a. Normal b. Aneurisma coronaria temporaria c. Sigo con aneurisma coronaria d. No he consultado</p> <p>3) ¿Cuál es su condición actual? a. Consulto periódicamente. Hospital: _____ (.....veces/ año Clasif.deTratamiento A B C D E Si.No) b. Necesito de consulta periódica pero tengo abandonado. c. Tratamiento concluido. Año: _____ Mes: _____ Hospital: _____</p>
--

4) ¿Tiene algún familiar o pariente que ha fallecido repentinamente (fallo cardíaco) antes de los 40 años

(  SÍ       NO)



## Cuestionario de Salud sobre Tuberculosis

Fecha:Año Mes Día

Escuela:	Grado:	Clase:	No.	Nombre	
----------	--------	--------	-----	--------	--

Marque con ○ el cuadro correspondiente.

Contenido		Marque el cuadro	
Pregunta 1	¿Su hijo(a) ha padecido de alguna enfermedad pulmonar (infiltración pulmonar,pleuresía,tuberculosis linfática cervical en los últimos dos años?	SÍ Año: Mes:	NO
Pregunta 2	¿Su hijo(a) ha padecido de tuberculosis y ha sido medicado en estos dos últimos años?	SÍ Año: Mes:	NO
Pregunta 3	¿Tiene algún familiar o conviviente que ha padecido de tuberculosis en los últimos dos años?	SÍ Año: Mes:	NO
Pregunta 4	¿Su hijo(a) ha vivido en el extranjero durante los tres últimos años o en total durante este tiempo?	SÍ Año: Mes:	NO
Pregunta 4-1	* Para la persona que ha respondido SÍ en la pregunta 4. ¿En qué país ha vivido? [ ]		

Pregunta 5	¿Su hijo(a) tuvo 「tos」 o 「catarro」 en estas dos semanas?	SÍ	NO
Pregunta 5-1	* Si ha respondido 「SÍ」 a la pregunta 5 ¿Ha consultado o está con tratamiento sobre estos síntomas ?		
Pregunta 5-2	¿Le ha diagnosticado con asma o bronquitis asmática ?	SÍ	NO

\* Esta pregunta es para niños de primer grado.

Pregunta 6	Su hijo(a) se ha aplicado la vacuna BCG (vacuna tipo sello) (Usted puede verificar en la libreta médica familiar)	SÍ	NO
Pregunta 6-1	* Si ha respondido NO a la pregunta 6 ¿Porqué no se ha aplicado la vacuna ?		
		Porque dio positivo la vacuna antituberculosa	Por otra razón

Exclusivo para uso escolar

Indicaciones para un exámen minucioso (Observación del medico escolar)	
Necesidad	Sin necesidad [ ]
	Razón [ ]

A los padres o tutores:

Sí ha respondido "SÍ" a las preguntas del 1 al 3, comunicaremos el resultado de exámen al Departamento de Salud Provincial para verificar el estado de tratamiento de su hijo(a).

## Control minucioso sobre Tuberculosis

Fecha:Año: Mes: Día:

Nombre				Padre o Tutor			
Fecha de nacimiento	Año:	Mes:	Día:	Grado		Edad	
Dirección						Teléfono	
Estado de salud actual							
Antecedentes de tuberculosis personal y familiar							
Antecedentes de enfermedades respiratorias personal y familiar							
Prueba de tuberculina	Año	Mes	Día	Resultado	+	-	( x mm)
	Año	Mes	Día	Resultado	+	-	( x mm)
	Año	Mes	Día	Resultado	+	-	( x mm)
	Año	Mes	Día	Resultado	+	-	( x mm)
Vacunación de BCG			SÍ		NO		
			Última vacunación	Año:	Mes:	Día:	

## Atención

- Tenga los datos del estado actual de su hijo(a) tales como fiebre, tos,catarro,pereza,dolor de cabeza,etc
- Escriba la fecha exacta de la prueba de tuberculina.  
Escriba detalladamente sobre la reacción tuberculosa.
- Sobre la vacuna de BCG y la fecha de aplicación,vea los datos en la libreta de salud personal.
- **Lleve esta hoja de consulta y la libreta de salud personal en el día de la consulta.**

### Questionario de Salud sobre Función Motora

Grado \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_ No. Nombre: \_\_\_\_\_ M • F \_\_\_\_\_

※A los padres . . . Escriba únicamente en el marco grueso.

Marque con ○ el número o parte correspondiente.

Practica algún deporte (incluido ballet danza.) : NO SÍ (deporte: _____) Experiencia _____ años		
<b>1) Sobre la vertebra encurvada</b>	<b>Rellenar los padres</b>	<b>Rellenar en la consulta</b>
	Cuatro puntos de referencia ① Diferencia en la altura de los hombros ② Diferencia en la altura del omóplato ③ Diferencia en la línea lateral de los costados ④ Diferencia en la espalda al flexionar	【Observación】  Sí
<b>2) Marque si tiene algún síntoma abajo indicado.</b>		
¿Siente dolor al doblar la cintura hacia adelante o atrás? 	【Flexión frontal】 ① Sin dolor ② Con dolor 【Flexión posterior】 ① Sin dolor ② Con dolor	【Observación】  Sí
¿No se desbalancea al parar con un solo pie durante 5 segundos? ○ 	【Parado con el pie izquierdo】 ① Normal ② Me tambaleo ③ No puedo pararme 【Parado con el pie derecho】 ① Normal ② Me tambaleo ③ No puedo pararme.	【Observación】  Sí

Agacharse Puede agacharse con las plantas de los pies en el suelo. 	① Puedo agacharme ② No puedo agacharme.	【Observación】  Sí
Puede tocar los oídos con los brazos arriba.. 	Brazo izquierdo ① Sí ② No puedo Brazo derecho ① Sí ② No puedo	【Observación】  Sí
¿Puede tocar el hombro con la mano ? 	Codo izquierdo ① Sí ② No puedo doblar. ③ No puedo extender. Codo derecho ① .Sí ② No puedo doblar. ③ No puedo extender.	【Observación】  Sí
<b>3) ¿Tiene algún lugar que le molesta en el cuerpo?</b>		
Marque la parte del hueso,tendón o músculo que le molesta. ○ 	【Síntomas】	【Observación】  Sí
<b>4) Escribe si tiene molestias en el cuerpo,manos o pies.</b>		
<b>5) ¿Actualmente,está bajo tratamiento ? SÍ • NO (Diagnóstico: _____)</b>		

Uso exclusivo de la escuela



# Guía de Orientación Escolar

—Primaria · Secundaria Básica—

Última Revisión Marzo de 2018 (Heisei 30)

Editada y publicada por el Comité de Educación  
Departamento de Educación de Derechos Humanos  
de la Provincia de Tottori

Dirección: Cód.Postal 680-8570 Higashimachi 1-271 Ciudad de Tottori

Teléfono: 0857-26-7534 (directo)

Página Web: <http://www.pref.tottori.jp/kyouiku/jinkenkyouiku/index.htm>