

Invitación a la revisión médica y asesoramiento antes de la escolarización

**Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst**

Neumarkt 15-21, 50667 Köln

Tel.: 0221/221-24786, Fax 0221/221-24036

E-mail: kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de

Sitio web: www.stadt-koeln.de

Apellidos, nombre y fecha de nacimiento del niño/niña

**Por favor, traiga
consigo:**

Dónde: En la Oficina de Salud (Gesundheitsamt), sala

En la escuela



- cuestionario adjunto
- cartas de los médicos
- informes de
centro de pediatría social (SPZ)
centro de intervención
temprana
logopedia
ergoterapia...

(Sello del colegio)

Cuándo: _____

Día de la semana

Fecha Hora

Estimados progenitores:

Comienza una nueva etapa de la vida: su hijo/hija comienza a ir a la escuela. Mediante la revisión médica y el asesoramiento previos a la escolarización, que realiza el equipo médico del servicio municipal de salud de su escuela, queremos ayudarles a ustedes y a su hijo/hija a desenvolverse mejor en la vida cotidiana en la escuela.

Esta revisión médica y el asesoramiento correspondiente difieren de las revisiones preliminares que realiza el pediatra de su hijo/hija y con las que ustedes ya están familiarizados. Por lo tanto, esta revisión no es una revisión médica general de diagnóstico temprano, sino que el objetivo es hacer que la transición a la vida escolar sea lo mejor posible para su hijo/hija. Por ello, en esta revisión prestamos especial atención a los aspectos que son importantes para la vida escolar diaria como, por ejemplo, la capacidad auditiva y visual del menor, la motricidad fina y gruesa, el desarrollo del lenguaje, la capacidad de concentración, la percepción y el desarrollo general adecuada para su edad.

La recomendación del médico de la escuela, que tiene especialmente en cuenta los aspectos de salud, será comunicada tanto a ustedes como a la dirección de la escuela. **La dirección de la escuela tomará la decisión sobre la admisión de su hijo/hija.**

Al asignarle las citas para dicha revisión médica, intentamos que los tiempos de espera sean lo más cortos posibles para ustedes. No obstante, les rogamos que prevean por lo menos 60 minutos de

duración de esta importante revisión médica. Si tuvieran alguna inquietud acerca de los problemas de salud de su hijo/hija antes de su escolarización, les rogamos que lo comuniquen. Si hubiera alguna pregunta que no debiera discutirse en presencia del niño/niña, les rogamos que nos la hagan saber antes de la revisión. Si tuvieran alguna pregunta especial, estaremos encantados de ofrecerles una cita de consulta adicional.

Para obtener una visión general del estado de salud de todos los niños/niñas en edad escolar, los resultados recopilados y las medidas propuestas se evalúan de forma centralizada y anónima, sin proporcionar los datos personales de los niños/niñas. Por lo tanto, les pedimos que rellenen el siguiente cuestionario con atención. Para representar mejor la diversidad de los tipos de familias, en lugar de «padre» o «madre», en el cuestionario usamos las denominaciones neutrales «progenitor 1», «progenitor 2» o PR para abreviar, con la nota adicional masculino, femenino u otro. Les rogamos seleccionen la denominación de acuerdo con su situación familiar y que la usen de manera consistente en todo el formulario.

Los datos que ustedes nos comunican son voluntarios, confidenciales y están sometidos a la confidencialidad médica.

Les rogamos que traigan con ustedes el **cuestionario relleno**, la **cartilla amarilla de la revisión médica**, la **cartilla de vacunación** y, en su caso, los **informes médicos**, así como los resultados **del centro de pediatría social (SPZ), del centro de intervención temprana, de la logoterapia, de la ergoterapia**, etc.

También les rogamos que el pediatra revise el estado de vacunación de su hijo/hija y que, si es necesario, lo complete.

Los hermanos/hermanas pueden provocar intranquilidad y distracción durante el examen. Por lo tanto, les rogamos que, en la medida de lo posible, no traigan a ningún hermano/hermana sin un supervisor adecuado.

Les agradecemos de antemano sus esfuerzos. Asimismo, les deseamos a ustedes y a su hijo/hija mucha alegría y éxito en esta nueva etapa de su vida.

Reciban un cordial saludo,

Por orden

El equipo médico de su escuela del Servicio Municipal de Salud de Colonia

Información para niños/niñas o progenitores con movilidad reducida:

Si usted, como progenitor acompañante, o su hijo/hija necesita acceso sin barreras a las salas de examen, puede ponerse en contacto conmigo (por teléfono, correo electrónico o fax) para que la revisión médica se pueda planificar a tiempo en una sala accesible.

Información para niños/niñas o progenitores con discapacidad auditiva:

Si usted, como progenitor acompañante, o su hijo/hija necesita un intérprete del lenguaje de signos, puede ponerse en contacto conmigo (por teléfono, correo electrónico o fax) para que la revisión médica se pueda planificar a tiempo con la participación de un intérprete de lenguaje de signos.

Toda la información es voluntaria y será tratada de manera confidencial.

Historial médico para reconocimientos realizados por el Servicio médico infantil y juvenil

01 ¿Desde cuándo vive la familia en Alemania?

01.1- Niño/Niña: desde el nacimiento desde el año ___ __

01.2 - PR 1: masculino femenino otro desde el nacimiento desde el año ___ __

01.3 - PR 2: masculino femenino otro desde el nacimiento desde el año ___ __

02 ¿Qué idioma se ha hablado predominantemente con el niño/niña en el hogar durante los primeros tres años de su vida (lengua materna)?

alemán otro idioma ¿Cuál? _____

03 ¿Qué otros idiomas se hablan en la familia?

04 ¿Desde cuándo asiste su hijo/hija a la guardería? ___ . ___ . 201 ___ no asiste
(día / mes / año)

Calle y número de la guardería: _____

05 ¿Caminaba su hijo/hija sin problemas a los 18 meses? sí no

06 ¿Podría su hijo/hija hablar 50 palabras a la edad de 2 años? sí no

07 ¿Tiene su hijo/hija ya control de esfínteres durante el día? sí no

08 ¿Tiene su hijo/hija ya control de esfínteres por la noche? sí no

09 ¿Existen características especiales en el desarrollo de su hijo/hija?

09.1 - Trastornos del sueño sí no

09.2 - Accidentes (solo accidentes frecuentes o graves) sí no

09.3 - Enfermedades crónicas (por ejemplo, alergia, asma, epilepsia, diabetes) sí no

Si es así, ¿cuál? _____

09.4 - ¿Necesita su hijo/hija medicamentos? sí no

Si es así, ¿cuál? _____

10 ¿Cómo es su valoración personal? Mi hijo/hija

10.1 - puede concentrarse el tiempo suficiente. sí no

10.2 - puede hablar conforme a su edad. sí no

10.3 - puede pintar conforme a su edad. sí no

10.4 - se lleva bien con otros niños/niñas. sí no

10.5 - es más inquieto de lo normal para su edad. sí no

10.6 - es más miedoso de lo normal para su edad. sí no

- 11 **¿Su hijo/hija**
está demasiado delgado/delgada? tiene un peso normal? es obeso/obesa?
- 12 **Mi hijo/hija va regularmente a un club deportivo o un club de natación.** sí no

13 **Mi hijo/Mi hija**

13.1 **- tiene los siguientes dispositivos en su dormitorio:**

ninguno televisión ordenador consola de videojuegos (Playstation/X-Box/Wii)

- 13.2 **- mira al día, de media, la televisión o juega con el ordenador o con un teléfono móvil/tablet/videoconsola** (por favor, tengan también en cuenta el fin de semana)
en total _____ minutos al día.

14 **Medidas de atención temprana hasta el momento para su hijo/hija**

(diagnóstico/asesoramiento/terapia): sí no

14.1 **- En caso afirmativo, marque cuáles:**

Desarrollo del lenguaje en la guardería Centro de intervención temprana

Centro pediátrico social SPZ Ergoterapia Logopedia

Gimnasia terapéutica/Terapia del movimiento Asesoramiento psicológico/terapia

Asesoramiento familiar

otro ¿Cuál? _____

15 **Hermanos que viven en el hogar:** (solo el año de nacimiento) ninguno

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

16 **Características especiales de la custodia** (por ejemplo, prohibición de contacto para un progenitor, negativa a proporcionar información, etc.)

16.1 **Nuestra familia es asistida por un**

Tutor legal Asistente familiar no recibe asistencia

17 **El formulario ha sido rellenado por:** (marcar con una cruz)

Ambos progenitores PR 1 PR 2 Abuelos

Otros parientes Padre y madre acogentes/adoptivos Tutor

18 **¿De qué quiere usted hablar con la médica o el médico?**