COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE

IN REPLY, PLEASE
REFER TO:

July 6, 2001

RULING NO.: N-AV-7-8-2001

TO ALL INSURERS, HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS, AND HEALTH NON-PROFIT ORGANIZATIONS THAT SUBSCRIBE HEALTH CARE PLANS IN PUERTO RICO

REQUIREMENTS OF ACT NO. 296 OF SEPTEMBER 1, 2000

Act No. 296 of September 1, 2000, known as the "**Puerto Rico Children and Adolescents Health Maintenance Act**," authorizes the Secretaries of Education and Health to establish a coordinated plan for the diagnosis of the physical and mental capabilities of the students at the beginning of the school year. This law impose to the Department of Education the responsibility to ensure that each child has received an annual medical evaluation at the beginning of the school year.

Said medical evaluation must include physical and mental evaluation, oral hygiene, hearing and visual tests, as well as periodic tests recommended by the American Academy of Pediatrics.

Pursuant to the patronage of the aforementioned law, the Department of Education, in collaboration with the Department of Health and the Health Insurance Administration (known in Spanish as Administración de Seguros de Salud and/or by its acronym, ASES), designed two forms (copy included) in which the medical evaluations and tests required by said law are established.

To these ends, in order to clarify what has been established above, they are also required to duly modify the policies or evidences of coverage by means of an endorsement. Pursuant to the provisions of this law, and in accordance to the authority that Section 2.030 of the Insurance Code of Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 203 confers to us, we require that every Insurer, Health Services Organization and Non-Profit Association that underwrite health care plans in Puerto Rico offer, as part of basic coverage, an annual

P. O. Box 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330
Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

medial evaluation that includes preventive services required by law without any cost beyond the premium originally established for said plans.

The insurers, health services organizations and non-profit organizations that underwrite health care plans must submit to this Office valid proof of having complied with the requirements contained in the above paragraphs within the next thirty (30) days as of the date of this normative letter. In those cases in which there is coverage in approved contracts, a certification to the effect within the same term must be submitted.

We exhort all previously mentioned entities to inform its providers about the provisions of this law and the details of the annual medical evaluation that the same requires.

Strict compliance to what has been established in this normative letter is required of all health services organizations and non-profit associations that underwrite health care plans.

Cordially,

Fermín M. Contreras Gómez
Commissioner of Insurance
(Unoficial translation)

DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA AUXILIAR DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD
DIVISION DE MADRES, NIÑOS Y ADOLESCENTES

LEY # 296 DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2000
"Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico"

Instrucciones:
Esta hoja deberá llenarla el médico primario del niño. La Ley # 296 ordena a todo director de cada escuela pública y privada, incluyendo centros de cuido diurno y centros de Head Start, exigir al inicio de cada año escolar una evaluación médica con evidencia de las pruebas de cernimiento requeridas de acuerdo a la edad del niño, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud y de acuerdo a los estándares vigentes de Título XIX del Programa Medicaid, Título V del Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.

* * * * * * * * * * * * * * *

Autorización para divulgar información: **Hoja para estudiantes de 0 a 9 años de edad**

Al firmar este documento, autorizo a que la información aquí recopilada sea utilizada de modo exclusivo para dar seguimiento a los referidos pertinentes, realizar estudios o diagnósticos de necesidades y formular estrategias de salud. Una vez se entregue este documento al Departamento de Educación, éste mantendrá en estricta confidencialidad la información de cada estudiante. Sólo en aquellos casos en que se entienda meritorio para seguimiento a necesidades de salud identificadas, se compartirá la información con las autoridades pertinentes.

_____ _____
Nombre del Padre o Encargado del Estudiante Firma del Padre o Encargado del Estudiante

* * * * * * * * * * * * * *

Información a ser completada por el médico:
1.Seguro Social del Niño:_/_/_/_/_/_/_/_/__ 2.Edad:/___/ 3.Grado (en #): /__/
4.Escuela:_____/_/_/_/ 5.Municipio: _____ /_/_/

I. Cernimiento del Estado de Salud Físico: **-Favor llenar en todas sus partes.-**

Evaluación durante el año en curso Toda prueba debe realizarse anualmente, excepto aquellas en que se indica lo contrario	¿Se evaluó? Sí (1)	¿Se evaluó? No (2)	Resultado * N (1)	Resultado * S (2)	Resultado * B (3)
Historial Médico del Niño					
Examen Físico General					
Medidas de Cabeza* (Hasta los 24 meses)					
Estatura					
Peso (Índice de Masa Corpórea)					
Presión Arterial					
Cernimiento de Visión					
Cernimiento de Audición					
Evaluación del Desarrollo					
Hematocrito o Hemoglobina (A los 6 y 24 meses, luego a los 4 años)					
Análisis de Orina (A los 6 y 12 meses, luego a los 4 años.)					
Prueba de Excreta (A los 4 años o según riesgo)					
Prueba de Tuberculina (A los 12 y 24 meses, luego a los 4 años)					
Asma Historial/Sospecha					
Epilepsia Historial/Sospecha					
Piel					
Guía Anticipada (Orientación)					

¿Se refirió al dentista? Sí [1] /__/ No [2] /__/
¿Se realizó examen dental? Sí [1] /___/ No [2] /___/
Indique el número de caries identificadas: _____

*N = Normal S = Sobre lo esperado
B = Bajo lo esperado

Nota: El esquema de vacunación se seguirá como de costumbre, llenando la Hoja de PVAC-3

Diagnóstico:

Referido a:

_____

Las siguientes pruebas se realizarán solo a pacientes con riesgo para desarrollar la condición.

Cernimiento	¿Se evaluó riesgo el último año?		¿Se realizó prueba?		Resultado	
	Sí (1)	No (2)	Sí (1)	No (2)	Normal (1)	Anormal (2)
Colesterol						
Glucosa						
Problemas del Habla						

II. Cernimiento Psicosocial* *(A ser realizado conforme al nivel de desarrollo y edad del paciente.)

PARA COMPLETAR ESTA PARTE PUEDE UTILIZAR COMO REFERENCIA LA GUIA SUGERIDA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?	
	Sí (1)	No (2)
1. Conducta:		
2. Conducta Suicida:		
3. Cognitivo:		
4. Emocional / Afectivo:		
5. Social:		

6. ¿Se realizó algún referido para servicios de salud mental? Sí (1) _____ No (2) _____

7. Si realizó referido/s , para servicios de salud mental ¿A quién / quiénes le refirió?

8. Observaciones y/o Recomendaciones:

Con mi firma certifico que la información suministrada es correcta:

_____ Nombre de Médico en Letra de Molde

_____ Firma y Núm. De Licencia

_____ Fecha

Toda persona que divulgue la información aquí contenida, sin la debida autorización, será penalizada en conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Guía sugerida para completar Cernimiento Psicosocial para las edades de 0-9:

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?			Resultado		Comentarios
	Sí	No	N/A	Dentro de lo Esperado	Sospecha de Dificultad	
I. Conducta						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1. Sigue las normas del hogar.						
2. Cumple con las normas escolares.						
3. Respeta la autoridad.						
4. Controla sus impulsos.						
5. Tolera frustración.						
6. Asiste con regularidad a la escuela.						
7. Cuida de su higiene personal.						
8. Respeta la propiedad privada.						
9. Tiene facilidad para conciliar el sueño.						
10. Duerme toda la noche.						
11. Presenta buenos hábitos alimentarios.						
12. Cuida sus pertenencias.						
13. Realiza sus tareas escolares.						
14. Controla sus esfínteres.						
12. Presenta manejo adecuado de temores o preocupaciones.						
13. Presenta conducta coherente y apropiada para su edad.						
II. Conducta Suicida				Sí	No	¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1. Ideas al presente						
2. Amenazas						
3. Intentos previos (Cantidad _____)						
4. Intento reciente						
5. Plan presente						
6. Historial previo						
7. Historial familiar						

Guía sugerida para completar Cernimiento del Psicosocial para las edades de 0-9: (continuación)

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?			Resultado		Comentarios
	Sí	No	N/A	Dentro de lo Esperado	Sospecha de Dificultad	
III. Cognitivo						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Presenta contacto adecuado con la realidad.						
2.Nivel cognitivo conforme a su nivel de desarrollo						
3.Pensamiento coherente y organizado.						
4.Logra concentrarse con facilidad.						
5.Reconoce consecuencias de sus actos.						
6.Aprovechamiento académico.						
7.Aprendizaje.						
IV. Emocional Afectivo						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Presenta seguridad en sí mismo.						
2.Autoestima saludable.						
3.Se muestra seguro con su familia.						
4.Aparenta ser un niño/a feliz.						
5.Expresa adecuadamente sus sentimientos.						
6.Se siente aceptado por sus pares.						
7.Presenta afecto apropiado a la situación.						
V. Social						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Presenta destrezas para hacer amigos.						
2.Presenta destrezas para comunicarse.						
3.Presenta destrezas para resolver conflictos con otros niños.						
4.Posee personas significativas.						
5.Se involucra en actividades recreativas y sociales con otros niños.						
VI. Uso de ATOD (Alcohol Tabaco y Otras Drogas)						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1. Uso de cigarrillo.						
2. Uso de Alcohol.						
3.uso de sustancias controladas.						

Seguro Social del Estudiante _____ Nombre de Médico en Letra de Molde _____ Firma y Núm. De Licencia _____ Fecha _____

Toda persona que divulgue la información aquí contenida sin la debida autorización, será penalizada en conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA AUXILIAR DE PROMOCION Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
DIVISION DE MADRES, NIÑOS Y ADOLESCENTES

LEY # 296 DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2000
"Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico"

Instrucciones:
Esta hoja deberá llenarla el médico primario del niño. La Ley # 296 ordena a todo director de cada escuela pública y privada, incluyendo centros de cuido diurno y centros de Head Start, exigir al inicio de cada año escolar, una evaluación médica con evidencia de las pruebas de cernimiento requeridas de acuerdo a la edad del niño, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud y de acuerdo a los estándares vigentes de Título XIX del Programa Medicaid, Título V del Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.

* * * * * * * * * * * * * * *

Autorización para divulgar información: **Hoja para estudiantes de 10 a 21 años de edad**

Al firmar este documento, autorizo a que la información aquí recopilada sea utilizada de modo exclusivo para dar seguimiento a los referidos pertinentes, realizar estudios o diagnósticos de necesidades y formular estrategias de salud. Una vez se entregue este documento al Departamento de Educación, éste mantendrá en estricta confidencialidad la información de cada estudiante. Sólo en aquellos casos en que se entienda meritorio para seguimiento a necesidades de salud identificadas, se compartirá la información con las autoridades pertinentes.

_____ Firma del Padre o Encargado del Estudiante

_____ Firma del Estudiante si es mayor de 14 años

* * * * * * * * * * * * * * *

Información a ser completada por el médico:

Seguro Social del Niño: _/_/_/_/_/_/_/_/_/ Edad: /___/ Grado (en #): /___/

Escuela: _____ /_/_/_/ Municipio: _____ /_/_/

I. Cernimiento del Estado de Salud Físico **-Favor llenar en todas sus partes.-**

Evaluación durante el año en curso Toda prueba debe realizarse anualmente, excepto aquellas en que se indica lo contrario.	**¿Se evaluó?** Sí (1)	No (2)	**Resultado *** N(1)	S (2)	B (3)
Historial Médico del Niño					
Examen Físico General					
Estatura					
Peso (Índice de Masa Corpórea)					
Presión Arterial					
Menarquia (Fecha: _____)					
Cernimiento de Visión					
Cernimiento de Audición					
Evaluación del Desarrollo Motor					
Hematocrito o Hemoglobina (1)					
Análisis de Orina (1)					
Prueba de Tuberculina (2)					
Asma -Historial/Sospecha					
Epilepsia..... -Historial/Sospecha					
Piel					
Guía Anticipada (Orientación)					

(1). Rutinaria a los 14 y 18 años de edad.
(2) Rutinaria a los 18 años de edad

* N=Normal, S=Sobre lo Esperado
B=Bajo lo Esperado

¿Se refirió al dentista? Sí [1] /__ / No [2] /__/ ¿Se realizó examen dental? Sí [1] /___/ No [2] /___/ ¿Caries? #_____

Nota: El Esquema de vacunación se seguirá como de costumbre, llenando la correspondiente Hoja de PVAC-3.

Diagnóstico:
_____
_____
_____
_____

Referido:
_____
_____
_____
_____

Las siguientes pruebas se realizarán solo a pacientes con riesgo para desarrollar la condición.

Cernimiento	¿Se evaluó riesgo el último año?		¿Se realizó prueba?		Resultado	
	Sí (1)	No (2)	Sí (1)	No (2)	Normal (1)	Anormal (2)
Colesterol						
Glucosa						
Pap Smear						
Clamidia						
VIH						

II. Cernimiento Psicosocial* *(A ser realizado conforme al nivel de desarrollo y edad del paciente.)

PARA COMPLETAR ESTA PARTE PUEDE UTILIZAR COMO REFERENCIA LA GUIA SUGERIDA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?	
	Sí (1)	No (2)
1. Conducta:		
2. Conducta Suicida:		
3. Cognitivo:		
4. Emocional / Afectivo:		
5. Social:		
6. Uso de ATOD:		

7. ¿Se realizó algún referido para servicios de salud mental? Sí (1) _____ No (2) _____

8. Si realizó referido/s para servicios de salud mental, ¿A quién / quienes le refirió?

9. Observaciones y/o Recomendaciones:

Con mi firma certifico que la información suministrada es correcta:

_____ _____ _____

Nombre de Médico en Letra de Molde Firma y Núm. De Licencia Fecha

Toda persona que divulgue la información aquí contenida, sin la debida autorización, será penalizada en conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Derechos Reservados. No se permite reproducción parcial o total de este documento sin la autorización escrita del Departamento de Salud.

Formulario Ley de Conservación – 3ra página 10-21

Guía sugerida para completar Cernimiento Psicosocial para las edades de 10-21:

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?			Resultado		Comentarios
	Sí	No	N/A	Dentro de lo Esperado	Sospecha de Dificultad	
I.Conducta						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1. Sigue las normas del hogar.						
2.Cumple con las normas escolares.						
3.Respeta la autoridad.						
4.Controla sus impulsos.						
5.Tolera frustración.						
6.Asiste con regularidad a la escuela.						
7.Cuida de su higiene personal.						
8.Respeta la propiedad privada.						
9.Tiene facilidad para conciliar el sueño.						
10.Duerme toda la noche.						
11.Presenta buenos hábitos alimentarios.						
12.Presenta manejo adecuado de temores o preocupaciones.						
13. Presenta conducta coherente y apropiada para su edad.						
Conducta Sexual:						
14. Practica Abstinencia Sexual.						
15. Utiliza Métodos Anticonceptivos.						
16. Historial de embarazos previos.						
17. Historial de E.T.S.						
18. Historial de abuso sexual.						
II. Conducta Suicida				Sí	No	¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Ideas al presente						
2.Amenazas						
3.Intentos previos (Cantidad: _____)						
4.Intento reciente						
5.Plan presente						
6.Historial previo						
7.Historial familiar						

Guía sugerida para completar Cernimiento del Psicosocial para las edades de 10-21: (continuación)

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?			Resultado		Comentarios
	Sí	No	N/A	Dentro de lo Esperado	Sospecha de Dificultad	
III. Cognitivo						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Presenta contacto adecuado con la realidad.						
2.Nivel cognitivo conforme a su nivel de desarrollo						
3.Pensamiento coherente y organizado.						
4.Logra concentrarse con facilidad.						
5.Reconoce consecuencias de sus actos.						
6.Aprovechamiento académico.						
7.Aprendizaje.						
IV. Emocional Afectivo						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Presenta seguridad en sí mismo.						
2.Autoestima saludable.						
3.Se muestra seguro con su familia.						
4.Aparenta ser un niño/a feliz.						
5.Expresa adecuadamente sus sentimientos.						
6.Se siente aceptado por sus pares.						
7.Presenta afecto apropiado a la situación.						
V. Social						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Presenta destrezas para hacer amigos.						
2.Presenta destrezas para comunicarse.						
3.Presenta destrezas para resolver conflictos con otros niños.						
4.Posee personas significativas.						
5.Cumple con las normas sociales generales.						
VI. Uso de ATOD (Alcohol Tabaco y Otras Drogas)						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1.Uso de cigarrillo.						
2.Uso de Alcohol.						
3.Uso de Sustancias Controladas.						

Seguro Social del Estudiante _____ Nombre de Médico en Letra de Molde _____ Firma y Núm. De Licencia _____ Fecha _____

Toda persona que divulgue la información aquí contenida sin la debida autorización, será penalizada en conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.