



## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

6 de julio de 2001

**CARTA NORMATIVA NUM.: N-AV-7-8-2001**

### **A LOS ASEGURADORES, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD Y ASOCIACIONES CON FINES NO PECUNIARIOS QUE SUSCRIBEN PLANES DE CUIDADO DE SALUD EN PUERTO RICO**

**Asunto: Requisitos de la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000**

La Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como la "Ley para la Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico", autoriza a los Secretarios de Educación y de Salud a establecer un plan coordinado para el diagnóstico de la capacidad física y mental de los estudiantes en el inicio del curso escolar. Esta ley deposita en el Departamento de Educación la responsabilidad de asegurar que al inicio de cada año escolar cada niño haya recibido su evaluación médica anual.

Dicha evaluación médica deberá incluir evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría.

Al amparo de la referida ley, el Departamento de Educación, en colaboración con el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES), han diseñado dos formularios (copia incluida), en los cuales se establecen las evaluaciones médicas y pruebas de cernimiento requeridas por dicha ley.

A tenor con las disposiciones de esta ley, y conforme a la autoridad que nos confiere el Artículo 2.030 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 203, le requerimos a todo Asegurador, Organización de Servicios de Salud y Asociaciones con fines no pecuniarios que suscriben planes de cuidado de salud en Puerto Rico que ofrezcan, como parte de la cubierta básica, una evaluación médica anual que incluya los servicios preventivos requeridos por la ley sin costo alguno mas allá de la prima que se estableció originalmente para dichos planes.

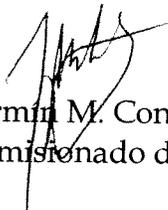
A estos fines, se les requiere además que las pólizas o evidencias de cubiertas sean debidamente modificadas mediante endoso para clarificar lo anteriormente establecido.

Los aseguradores, las organizaciones de servicios de salud y las asociaciones con fines no pecuniarios que suscriben planes de cuidado de salud deberán someter a esta Oficina prueba fehaciente de haber cumplido con los requerimientos contenidos en los párrafos anteriores dentro de los próximos treinta (30) días, contados a partir de la fecha de esta normativa. En aquellos casos en los cuales ya exista la cubierta en los contratos ya aprobados se deberá someter una certificación al efecto dentro del mismo término.

Exhortamos a todas las entidades antes mencionadas a que informen a sus proveedores sobre las disposiciones de esta ley y los pormenores de la evaluación médica anual que la misma requiere.

Todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y asociaciones con fines no pecuniarios que suscriben planes de cuidado de salud deberán dar cumplimiento estricto a lo establecido en esta carta normativa.

Cordialmente,



Fermín M. Contreras Gómez  
Comisionado de Seguros



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 GULA 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, sera 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	
<b>I. Conducta</b>						¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:
1. Sigue las normas del hogar.						
2. Cumple con las normas escolares.						
3. Respete la autoridad.						
4. Controla sus impulsos.						
5. Tolerancia frustración.						
6. Asiste con regularidad a la escuela.						
7. Cuida de su higiene personal.						
8. Respete la propiedad privada.						
9. Tiene facilidad para conciliar el sueño.						
10. Duermes 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.						
<b>II. Conducta Suicida</b>				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	
<b>III. Cognitivo</b> 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.						¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:
<b>IV. Emocional Afectivo</b> 1. Presenta seguridad en sí mismo. 2. Autoestima saludable. 3. Se muestra seguro con su familia. 4. Aparencia ser un niño/a feliz. 5. Expresa adecuadamente sus sentimientos. 6. Se siente aceptado por sus pares. 7. Presenta afecto apropiado a la situación.						¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:
<b>V. Social</b> 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.						¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:
<b>VI. Uso de ATOD</b> (Alcohol Tabaco y Otras Drogas) 1. Uso de cigarrillo. 2. Uso de Alcohol. 3. uso de sustancias controladas.						¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:

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.

**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 cuidado 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 <small>Toda prueba debe realizarse anualmente, excepto aquellas en que se indica lo contrario.</small>	¿Se evaluó?		Resultado *		
	Sí (1)	No (2)	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 <sup>1</sup> / \_\_\_ / No <sup>2</sup> / \_\_\_ / ¿Se realizó examen dental? Sí <sup>1</sup> / \_\_\_ / No <sup>2</sup> / \_\_\_ / ¿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. NPB 4/01

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		
<b>I. Conducta</b>							
1. Sigue las normas del hogar.						¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:	
2. Cumple con las normas escolares.							
3. Respeto la autoridad.							
4. Controla sus impulsos.							
5. Tolerancia frustración.							
6. Asiste con regularidad a la escuela.							
7. Cuida de su higiene personal.							
8. Respeto la propiedad privada.							
9. Tiene facilidad para conciliar el sueño.							
10. Duermo 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.							
<b>Conducta Sexual:</b>							
14. Practica Abstinencia Sexual.							
15. Utiliza Métodos Anticonceptivos.							
16. Historial de embarazos previos.							
17. Historial de E.T.S.							
18. Historial de abuso sexual.							
<b>II. Conducta Suicida</b>							
1. Ideas al presente				Sí	No	¿Se realizó referido? Sí _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:	
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	
<b>III. Cognitivo</b>						¿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.						
<b>IV. Emocional Afectivo</b>						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
1. Presenta seguridad en sí mismo.						
2. Autoestima saludable.						
3. Se muestra seguro con su familia.						
4. Aparencia ser un niño/a feliz.						
5. Expresa adecuadamente sus sentimientos.						
6. Se siente aceptado por sus pares.						
7. Presenta afecto apropiado a la situación.						
<b>V. Social</b>						¿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.						
<b>VI. Uso de ATOD</b> (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

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.

Fecha