

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last First Middle BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street City ZIP code SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

| REQUIRED TESTS/EVALUATIONS | DATE (mm/dd/yy) |
|-------------------------------------------|-----------------|
| Health History | / / |
| Physical Examination | / / |
| Dental Assessment | / / |
| Nutritional Assessment | / / |
| Developmental Assessment | / / |
| Vision Screening | / / |
| Audiometric (hearing) Screening | / / |
| TB Risk Assessment and Test, if indicated | / / |
| Blood Test (for anemia) | / / |
| Urine Test | / / |
| Blood Lead Test | / / |
| Other | / / |

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

| VACCINE | DATE EACH DOSE WAS GIVEN | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | First | Second | Third | Fourth | Fifth |
| POLIO (OPV or IPV) | | | | | |
| DtaP/DTP/DTP/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only) | | | | | |
| MMR (measles, mumps, and rubella) | | | | | |
| HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only) | | | | | |
| HEPATITIS B | | | | | |
| VARICELLA (Chickenpox) | | | | | |
| OTHER (e.g., TB Test, if indicated) | | | | | |
| OTHER | | | | | |

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

- Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian _____ Date _____

Name, address, and telephone number of health examiner _____

Signature of health examiner _____ Date _____

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

| | | |
|-------------------------------|----------------|---------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido | Segundo Nombre | FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año |
| DOMICILIO—Número y Calle | Ciudad | Zona Postal |
| | | Escuela |

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

| PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS | FECHA(mm/dd/aa) |
|---------------------------------------------|-----------------|
| Historia de Salud | / / |
| Examen Físico | / / |
| Evaluación de Dientes | / / |
| Evaluación de Nutrición | / / |
| Evaluación del Desarrollo | / / |
| Pruebas Visuales | / / |
| Pruebas con Audiómetro (auditivas) | / / |
| Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis* | / / |
| Análisis de Sangre (para anemia) | / / |
| Análisis de Orina | / / |
| Análisis de Sangre para el plomo | / / |
| Otra | / / |

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

| VACUNA | FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|---------|--------|--------|
| | Primero | Segundo | Tercero | Quarto | Quinto |
| POLIO (OPV o IPV) | | | | | |
| DTaP/DTP/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente) | | | | | |
| MMR (sarampión, paperas, rubéola) | | | | | |
| HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente) | | | | | |
| HEPATITIS B | | | | | |
| VARICELLA (Viruelas locas) | | | | | |
| OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado) | | | | | |
| OTRA | | | | | |

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES
Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

| | |
|----------------------------------|-------|
| Firma del padre/madre o guardián | Fecha |
| Firma del examinador de salud | Fecha |

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

WAIVER OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

| | | | | | | | |
|------------------------|--|-------|--|----------|--|------------------------------|--|
| CHILD'S NAME—Last | | First | | Middle | | DATE OF BIRTH—Month/Day/Year | |
| ADDRESS—Number, Street | | City | | ZIP Code | | SCHOOL | |
| | | | | | | Teacher | |

PARENT OR GUARDIAN:

Please fill out this form if you want to excuse your child from the health examination required by California law for school entry. **SIGN AND RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL** where it will be maintained as confidential information.

NOTE: SIGNING THIS WAIVER DOES NOT EXCUSE YOUR CHILD FROM RECEIVING THE IMMUNIZATIONS REQUIRED BY CALIFORNIA LAW FOR CHILDREN IN SCHOOL. ALSO, SIGNING THIS WAIVER WILL NOT DENY YOUR CHILD THE VISION AND HEARING TESTS DONE BY THE SCHOOL.

I have been informed about the health examination recommended by health professionals and required by state law. I have been informed about where my child can receive a health examination and about the income levels for receiving it at no cost to me.

Please check one of the following:

I choose not to have my child receive a health examination as part of the school entry requirement.

I would like my child to receive a health examination, but I am unable to obtain it.

Reason (see Health and Safety Code, Section 124085): _____

Signature of parent or guardian _____ Date _____

INQUIRE AT THE SCHOOL OFFICE OR YOUR LOCAL HEALTH DEPARTMENT IF YOU WANT MORE INFORMATION.
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

RENUNCIA VOLUNTARIA PARA RECIBIR UN EXAMEN DE SALUD PARA INGRESAR A LA ESCUELA

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA—Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año _____ | DIRECCIÓN—Número/Calle _____ Ciudad _____ Zona Postal _____ ESCUELA _____ Maestro(a) _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PADRE/MADRE O GUARDIÁN:

Si desea que su niño(a) no reciba el examen de salud requerido por la ley de California antes de ingresar a la escuela, por favor llene este formulario. **FIRMELO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA** donde será guardado en forma confidencial.

AVISO: EL FIRMAR ESTA RENUNCIA VOLUNTARIA NO DISPENSA PARA QUE EL NIÑO/LA NIÑA RECIBA LAS INMUNIZACIONES REQUERIDAS POR LA LEY DE CALIFORNIA PARA LOS NIÑOS EN LA ESCUELA. TAMBIÉN, EL FIRMAR ESTE FORMULARIO NO LE NEGARÁ A SU NIÑO(A) EL DERECHO A RECIBIR LOS EXÁMENES DE LA VISTA Y EL OÍDO HECHOS POR LA ESCUELA.

Se me ha informado acerca del examen de salud recomendado por los respectivos profesionales y requerido por la ley del estado. Se me ha informado también acerca de los lugares donde mi niño(a) puede recibir un examen de salud y sobre los diferentes niveles de ingresos para recibirlo sin costo alguno.

Por favor marque uno de los siguientes casilleros:

Escojo que mi niño(a) no reciba el examen de salud que es uno de los requisitos para ingresar a la escuela.

Me gustaría que mi niño(a) reciba un examen de salud, pero estoy incapacitado(a) para obtenerlo.

Razón (vea Health and Safety Code, Sección 124085): _____

Firma del padre/madre o guardián _____ Fecha _____

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN CONSIGALA EN LA ESCUELA O EN SU DEPARTAMENTO LOCAL DE SALUD.
 CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp