

## 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	BIRTHDATE—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
Health History	
Physical Examination	
Dental Assessment	
Nutritional Assessment	
Developmental Assessment	
Vision Screening	
Audiometric (hearing) Screening	
Tuberculin Test (Mantoux/PPD)	
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
<b>POLIO</b> (OPV or IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
<b>MMR</b> (measles, mumps, and rubella)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Haemophilus Influenzae B) <b>(Required for child care/preschool only)</b>					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Chickenpox)					
OTHER					
OTHER					

### PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

#### 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)

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	Primer Nombre	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
Historia de Salud	
Examen Físico	
Evaluación de Dientes	
Evaluación de Nutrición	
Evaluación del Desarrollo	
Pruebas Visuales	
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	
Análisis de Sangre (para anemia)	
Análisis de Orina	
Análisis de Sangre para el plomo	
Otra	

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor de 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 pongan las fechas de las inmunizaciones en el Registro de Inmunización de la Escuela en California (PM 286) en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) <b>(Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)</b>					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (Opcional)

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

#### 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 importante para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

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

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 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 Jóvenes (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).*