

DEPARTMENT 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 PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name _____ First Name _____ Middle Name _____ Birth Date: _____
 _____ Month _____ Day _____ Year _____
 Street Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
 School: _____

Part II

IMMUNIZATION RECORD

HEALTH EXAMINATION	Date: / /	Check When Completed
Required Tests and Evaluations*		
Health and Developmental History		
Physical Examination		
Nutritional Assessment		
Dental Assessment		
Developmental Assessment		
Vision Screening		
Audiometric (hearing) Screening		
Blood Test (for anemia)		
Urine Test		
Tuberculin Test (Mantoux/PPD)		
Blood Lead Test		
Other:		

VACCINE	Date Each Dose Was Given				
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th
Polio (OPV/IPV) <small>(circle one)</small>					
DTaP/DT/DTd <small>(circle one)</small>					
HIB Meningitis					
Measles, Mumps, Rubella (MMR)*					
Hepatitis B					
Varicella (Chickenpox)					

Note to Examiner: Please give the family a completed, or updated, yellow California Immunization Record or other personal immunization record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286)

*All Tests and evaluations must be done after the child is 4 1/4 years of age.

Part III

ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (Optional)

Fill out if parent or guardian has signed release of health information below.

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

- Examination revealed no condition relevant to the school program.
- Conditions found in the examination or after further evaluation which are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

Name, address and telephone number of health examiner: _____

Signature of Health Examiner _____ Date _____

RELEASE OF HEALTH INFORMATION

I give permission to share the additional results of this examination with the school as stated in Part III.

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

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

If you are unable to get the examination done, call the Child Health and Disability Prevention Program in your local health department.
 If you do not want your child to have an examination, you may sign the waiver (PM171B) form.

DEPARTAMENTO DE EXÁMENES DE SALUD PARA ENTRAR A LA ESCUELA
 PARA PROTEGER LA SALUD DE LOS NIÑOS, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE UN EXAMEN FÍSICO AL ENTRAR A LA ESCUELA. POR FAVOR REGRESE ESTE REPORTE
 LLENADO POR UN EXAMINADOR DE SALUD - LA ESCUELA LO MANTENDRÁ COMO INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

Parte I DEBE SER LLENADO POR EL PADRE/GUARDIÁN

Apellido del Niño _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Mes _____ Día _____ Año _____
 Nombre del Médico _____ Escuela: _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Parte II EXAMEN FÍSICO FECHA: / / REGISTRO DE VACUNAS

Exámenes requeridos y Evaluaciones*	Marque	Vacunas	Fecha en Que La Dosis Fue Dada
Salud y el Desarrollo		Polio (TOPV/IPV) (circule uno)	
Examen Físico		Dta/DTP/DT/Td (circule)	
Asesoramiento de Nutrición		HIB Meningitis	
Asesoramiento de dental		Varicella	
Asesoramiento de desarrollo		Hepatitis B	
Examen de Vista		Sarampión, Paperas,	
Examen de Oír			
Examen de Sangre(para la Anemia)			
Examen de Sangre (para la "lead")			
Examen del Orín			
Examen de Tuberculosis			
Otros:			

NOTA PARA EL EXAMINADOR: Por favor dele a la familia un registro de vacunas amarillo del Estado de California u otros registros personales de vacunas.
 NOTA PARA LA ESCUELA: Por favor registrelas vacunas en las fechas en el registro azul del Estado de California (PM286)

*Todos los exámenes y evaluaciones ddben ser administradas después que el niño cumpla la edad de 4.25 años y medio.

Parte III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (Opcional)
 Marque abajo si el padre o guardián a firmado la forma de permiso de dar información de salud.

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

- El examen no revela nada que sea relacionado con el programa escolar..
- La condiciones que encontramos en el examen o después de mas evaluación que tienen importancia para la escuela o actividades físicas son: (Por favor explique)

Nombre, dirección, y numero de teléfono del examinador de salud:

Firma del Examinador de Salud _____ Fecha _____

PERMISO DE DAR INFORMACIÓN DE SALUD

- Yo doy mi permiso para que den los resultados de este examen a la escuela como se indica en la Parte III.
 Por favor marque si usted no quiere que el examinador complete la Parte III.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Si usted no puede proveer para que este examen se lleve acabo, lleve acabo, llame al Programa de Prevención de incapacidades y Salud de Niños en su departamento de salud local. Si usted no quiere que se le haga un examen a su niño, usted puede firmar la forma de rechazo (PM171B). Calif. State Dept. of Health (6/98)