

## **Report of Medical Examination for School Entry**

California law requires a medical examination for school entry to protect the health of all children.

Please return this report to the school. All personal information will be kept confidential.

PART I TO BE FILLED OUT BY PARENT OR GUARDIAN/ Español al dorso									
CHILD'S NAME—Last		First	Middle Initial		School				
ADDRESS—Numb	per, Street	City	ZIP Code	e	Birth Date—Month/Day/Y	Year			
□ I want the me	dical provider to comp	lete Part II and Par	+ III						
	dical provider to comp					/			
		-		gnature	of Parent or Guardian	Date			
PART II TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER									
Tests and Evaluations			Date	Medical Provider Information  Name, Address, and Telephone Number:					
Child's Height	Child's Weight	Child's BMI Percentile		Tvaine, Address, and Telephone (valide).					
inches	lbs	ozs %							
Health/Developmen	nt History			_					
Physical Examination					1				
Nutritional Evaluation									
Vision Screening									
Audiometric Screen	ning								
Blood Test for Anemia									
Urine Dipstick									
Dental Screening						/			
Tuberculin (TB) Skin Test (Recommended for ALL children entering first grade)				Sig	nature of Medical Profess	sional Date			
CHILD HAS A COMPLETED OR UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD YES NO									
PART III TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER									
<b>Other Health Information</b> ( <i>Optional</i> ): For the child's welfare—and with the permission of the parent or guardian—it is recommended that significant health information be shared with the school. <i>Please contact the school nurse if the child needs help with medication at school</i> .									
□ Parent requests Part III not be filled out □ The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity.									
☐ Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are ( <i>please explain</i> ):									
WAIVER OF MEDICAL EXAMINATION									
Note: Your child must have immunizations required by State law, even if no health examination is given.									
I have been told about the medical examination recommended by health professionals and required by State law. I have also									
been told where and how my child can receive medical examinations at no cost, if such assistance is needed.  I do not want my child to receive a medical examination									
I do want my child to receive a medical examination, but I am unable to get it because									
_ 									
			/						
Signat	ure of Parent or Guardi	an	/		Date				
Signat	and the state of State of				~ <b>.</b>				

County of San Diego Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans Street, Suite 522, MS: P511-H, San Diego, CA 92110

For more information, please call 619-692-8808



## Reporte del Examen Médico para Ingresar a la Escuela

La ley del estado de California requiere un examen médico para ingresar en la escuela y así proteger la salud de todos los niños. Favor de entregar este reporte a la escuela. Toda la información será confidencial.

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN/ English on front									
NOMBRE DEL NIÑO—Apellido		Nombre	Segundo	Nombre	Escuela				
DOMICILIO—Número, Calle		Ciudad Zona P		ostal	Fecha de NacimientoMes/Día/Año				
•	•	mplete la Parte II y Parte II mplete la Parte II solament	e						
	NONDA CEDITE	NADA BOD EL DDOV			Padre, Madre o Guardián Fecha				
LA PARTE II DEBERA SER LLENADA POR EL PRO Pruebas y evaluaciones			Fecha	Información del Proveedor Médico Nombre, Domicilio y número de teléfono:					
Estatura del niño(a)	Peso del niño(a)	El porcentaje de Índice de Masa corporal del niño(a)	, ddg 1   1   1   1   1   1   1     1     1     1     1       1		•				
pulgadas	libras onzas	%		-					
Historial Médico/Desarrollo				-					
Examen Físico				-					
Evaluación de Nutrición  Examen de la Vista				-					
Examen Audiomét				-					
Análisis de Sangre				†					
Análisis de Orina	pmm			1					
Evaluación Dental					/				
Prueba de Tubercu	lina (intradérmica)			Fir	ma del Médico Profesional Fecha				
EL NIÑO(A) TIENE UNA TARJETA COMPLETA O ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA SI SI									
				UNACI	ON DE CALIFORNIA LI SI LI NO				
LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR  Otra Información Médica (Opcional): Para el bienestar del niño(a), y con el permiso de los padres o guardián, se recomienda que cualquier información importante se comparta con la escuela. Si el niño(a) necesita ayuda en tomar alguna medicina en la escuela, por favor comuníqueselo a la enfermera de la escuela.  □ Los padres pidieron no llenar la Parte III □ El examen reveló que no hay condiciones de importancia que interfieren con actividades escolares o físicas. □ Condiciones que necesitan más evaluación o que pueden afectar las actividades escolares o físicas del niño(a), son (favor de explicar):									
FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD  Nota: Su niño(a) debe recibir las vacunas requeridas por la ley Estatal, aunque no reciba el examen médico.  He sido informado acerca del examen médico recomendado por los profesionales de salud y que es requerido por la ley Estatal. También he sido informado en dónde y cómo mi niño(a) puede recibir un examen médico sin costo alguno, si tal asistencia fuera necesaria.  No deseo que mi niño(a) reciba el examen médico  Si deseo que mi niño(a) reciba el examen médico, pero me ha sido imposible obtenerlo porque									
			1						
Firma	luardián			Fecha					

County of San Diego Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans Street, Suite 522, MS: P511-H, San Diego, CA 92110

Para más información, llame al 619-692-8808