

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 _____ State _____ ZIP Code _____ SCHOOL _____

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

IMMUNIZATION RECORD

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

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).

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	

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DTaP/DT/DT/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					
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 entregarlo 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	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/DTTd (difteria, tétano y taccellulari pertussis) 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					
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 conclermen 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)

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

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador

Firma del examinador de salud

Fecha