Requisitos para Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

Al recibir **exámenes de salud** regularmente se pueden prevenir, detectar, y tartar muchos problemas de salud antes de que sean serios. Por esta razón California tiene una ley que requiere que todos los niños deben recibir un examen de salud **18 meses antes de ingresar al primer año o hasta 90 días después de haber iniciado el primer año**. Su niño debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su medico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su medico llenará esta forma y usted deberá entregarla a la escuela de su niño. **Si su niño recibió el examen de salud** al ingresar al jardín de niños (kindergarten) y la escuela todavía no tiene el reporte del examen, usted necesita pedírselo a su medico o clínica y llevarlo a la escuela.

Si a Ud. no le es possible pagar el examen, por favor llame a los Servicios de Salud Maternal, Niño, y Familia para saber si su niño califica para un examen fisico gratuito y también para un seguro de cuidado continuo medico y dental al:

1-800-675-2229

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (*PARENT OR GUARDIAN)*

NOMBRE DEL NIÑO-Appellido	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)	Escuela	
DOMICILIO-Número, Calle	Ciudad	Zona Postal

☐ Yo solicito que el proveedor medico complete **la Parte II solamente.**

LA PARTE II EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (*MEDICAL PROVIDER)*

Tests and Evaluations *(Pruebas y evaluciones)*			**Date of Exam** *(Fecha de Examen)*	**MEDICAL PROVIDER INFORMATION** *(Información de Proveedor Médico)*
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile (El porcentaje de Índice de Masa Corporal) _____%		
Health/Development History *(Historial Médico/Desarrollo)*				Name, Address, and Telephone Number:
Physical Examination *(Examen Físico)*				
Nutritional Evaluation *(Evaluacón de Nutrición)*				
Vision Screening (*Examen de la Vista)*				
Audiometric Screening (*Examen Audiométrico)*				
Blood Test for Anemia *(Análisis de Sangre para Anemia)*				
Urine Dipstick/Urinalysis (*Análisis de Orina)*				
Dental Screening (*Evaluación Dental)*				/
Tuberculin (TB) Skin Test/Risk Assessment *(Prueba de Tuberculina)*				Signature of Medical Professional / Date

DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA COMPLETA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA?)

LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR *(MEDICAL PROVIDER)*

Other health information (optional): For child's welfare and with the permission of the parent or guardian, it is recommended that significant health information be shared with the school. *Please contact the school nurse if child needs help with medication at school.*

☐ Parent requests Part III not to 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 (please explain below)

FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD *(WAIVER OF EXAMINATION)*

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 un examen médico
__ **Si deseo** que mi niño(a) reciba el examen médico, **pero me ha sido imposible obtenerlo porque** _____

_____ _____
Firma del Padre, Madre, o Guardián *Fecha*