



SAN MATEO-FOSTER CITY  
SCHOOL DISTRICT

Dear Kindergarten Parents,

As required by California State Law, your child needs a physical examination upon entering the first grade. This examination should not be older than 18 months before starting first grade. This is to ensure that your child is healthy and protected against childhood diseases.

Families on Medi-Cal or who have limited income may be eligible for a free health check-up. Information regarding these services may be obtained by calling (650)573-2877 or your school office and requesting assistance in obtaining a physical examination.

Attached is the physical examination form which **must** be completed and signed by the doctor. Please return this form or call the school office with the appointment date and time by October 28, 2022. (Appointment date and time will be verified by the school office.) Without a physical examination or parental waiver, your child may be excluded from school.

Please make every effort to get your child a physical examination as soon as possible so that your child will meet the requirements for entry into the first grade.

Sincerely,

Suzi Riley, Coordinator  
Student Services-Nursing Department  
(650) 312-7248 [sriley@smfcsd.net](mailto:sriley@smfcsd.net)



SAN MATEO-FOSTER CITY  
SCHOOL DISTRICT

Estimados Kindergarten Padres,

Como lo requiere la Ley Estatal, su niño requerirá un examen físico al entrar a primer grado. El examen no puede hacerse más de 18 meses antes del comienzo de kindergarten. Esto es para asegurarnos de su niño está en buena salud y protegido en contra de las enfermedades de la niñez.

Aquellas familias que reciben Medi-Cal o que son de bajos recursos pueden ser elegibles para recibir un examen de salud gratis. Para mayor información sobre estos servicios llame al (650) 573-2877 o a la oficina de la escuela para pedir ayuda en como obtener un examen médico.

Adjunto encontrará el formulario que **debe** ser llenado y firmado por el doctor. Por favor regrese este formulario o llame a la oficina de la escuela y dénos la fecha y hora de la cita para el examen médico antes del **octubre 28 2022**. (La oficina de la escuela verificará la fecha y hora de la cita). Sin un examen físico o una exención de los padres, su hijo puede ser excluido de la escuela.

Por favor haga el mayor esfuerzo posible por ver que su niño reciba su chequeo lo antes posible para que satisfaga los requisitos para ingresar a primer grado.

Atentamente,

Suzi Riley, Coordinator  
Student Services-Nursing Department  
(650) 312-7248 [sriley@smfcsd.net](mailto:sriley@smfcsd.net)

## 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	City	ZIP code	SCHOOL	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street						

### 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 (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
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
POLIO (OPV or IPV)					
DiAP/DTP/DTT/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
H1B MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

### PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

#### 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)*

### RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

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/NINA—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(m/m/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé 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 apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

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

### 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 conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia 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
----------------------------------	-------

**\*de ser indicado**

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).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)