



Condado de San Diego

Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

(para el jardín de niños o el primer año)

Usted quiere que su niño esté **saludable** para que aprenda mejor en la escuela.

Al recibir **exámenes de salud** regularmente se pueden prevenir, detectar y tratar muchos problemas de salud.

Por esa razón California tiene una ley que requiere que todos los niños **deben** recibir un examen de salud antes de ingresar al primer año en la escuela.

El examen de salud puede hacerse **entre un, año y medio (o sea 18 meses)** antes de empezar, ó 90 días después de empezar la escuela.

Un examen de salud incluye:

- ✓ Una historia clínica y examen físico
- ✓ Prueba de orina, de sangre y de tuberculosis cuando sea necesario
- ✓ Examen dental
- ✓ Evaluación nutricional
- ✓ Examen de la vista y los oídos
- ✓ Vacunas, si son necesarias
- ✓ Evaluación de desarrollo
- ✓ Otra clase de pruebas, si es necesario

Si su niño recibió el examen de salud al ingresar en el jardín de niños (kindergarten) y la escuela todavía no tiene el reporte del examen, usted necesita pedírselo a su médico o clínica y llevarlo a la escuela.

Si a Ud. no le es posible pagar el examen, por favor llame al CHDP para saber si su niño califica para un examen físico gratuito por medio del Programa de Salud Infantil y Prevención de Incapacidades (*CHDP en inglés) **y también** para cuidado continuo médico, dental y cuidado de la vista a un precio accesible.

LLAME AHORA

1-800-675-2229

se habla inglés y español

**CHDP es un programa estatal el cual paga por los exámenes y vacunas sin costo alguno a niños de familias de bajos recursos económicos y también a niños que reciben Medi-Cal.*

Para el examen de salud, raiga con usted los siguientes documentos:

1. **El Reporte del Examen de Médico para Ingresar a la Escuela (la Forma Verde - que está adjunta).**
Por favor llene toda la información que se le pide al padre o tutor en la parte de arriba.
2. **La Tarjeta Amarilla de Vacunación del Niño (llamada Registro de Inmunización de California).**
Si usted no tiene esta tarjeta, obténgala en el lugar donde recibió las vacunas.
3. **La tarjeta de Identificación de Beneficios.**
Llévela si el niño tiene Medi-Cal.

Después del examen:

1. **Entregue el Reporte del Examen de Médico para Ingresar a la Escuela a la escuela.**
2. **Muestre la Tarjeta de Vacunación a la escuela.**
Y después guárdela en un lugar seguro en su casa porque más adelante su niño necesitará comprobar que sí recibió las vacunas.



Nótese ...

Si los exámenes de salud o las vacunas están en contra de sus creencias personales, usted **debe** firmar una forma en la oficina de la escuela.

Si el niño no puede ser vacunado por algún problema médico, entregue una nota firmada por el médico a la escuela.

Si su niño no tuvo la vacuna necesaria y hay una epidemia de la enfermedad de cual no está vacunado, su niño no podrá asistir a clases hasta que la epidemia termine.

Requisitos para Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

Al recibir **exámenes de salud** regularmente se pueden prevenir, detectar y tratar 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 posible pagar el examen, por favor llame a los Servicios de Salud Maternal, Niño y Familia para saber si su niño califica para un examen físico 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 (<i>PARENT OR GUARDIAN</i>)			
NOMBRE DEL NIÑO—Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Escuela
DOMICILIO—Número, Calle	Ciudad	Zona Postal	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Yo solicito que el proveedor médico complete la Parte II solamente			
PART II TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER (<i>EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR</i>)			
Tests and Evaluations (<i>Pruebas y evaluaciones</i>)			Date (<i>Fecha</i>)
Height (<i>Estatura</i>) _____ inches	Weight (<i>Peso</i>) ___ lbs _____ ozs	BMI Percentile _____ % (<i>El porcentaje de Índice de Masa corporal</i>)	
Health/Development History (<i>Historial Médico/Desarrollo</i>)			Name, Address, and Telephone Number: /
Physical Examination (<i>Examen Físico</i>)			
Nutritional Evaluation (<i>Evaluación de Nutrición</i>)			
Vision Screening (<i>Examen de la Vista</i>)			
Audiometric Screening (<i>Examen Audiométrico</i>)			
Blood Test for Anemia (<i>Análisis de Sangre para Anemia</i>)			
Urine Dipstick/Urinalysis (Análisis de Orina)			
Dental Screening (<i>Evaluación Dental</i>)			
Tuberculin (TB) Skin Test/Risk Assessment (<i>Prueba de Tuberculina</i>)			
DOES CHILD HAVE A COMPLETED OR UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA COMPLETA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA)			
PART III TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER (<i>EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR</i>)			
Other Health Information (optional): 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>			
<input type="checkbox"/> Parent requests Part III not be filled out <input type="checkbox"/> The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity <input type="checkbox"/> Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are (<i>please explain below</i>):			
FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD (<i>WAIVER OF EXAMINATION</i>)			
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 _____			
_____ <i>Firma del Padre, Madre o Guardián</i>		_____ <i>Fecha</i>	

