

WAIVER OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	DATE OF BIRTH—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP Code	SCHOOL
			Teacher

PARENT OR GUARDIAN:

Please fill out this form if you want to excuse your child from the health examination required by California law for school entry. **SIGN AND RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL** where it will be maintained as confidential information.

NOTE: SIGNING THIS WAIVER DOES NOT EXCUSE YOUR CHILD FROM RECEIVING THE IMMUNIZATIONS REQUIRED BY CALIFORNIA LAW FOR CHILDREN IN SCHOOL. ALSO, SIGNING THIS WAIVER WILL NOT DENY YOUR CHILD THE VISION AND HEARING TESTS DONE BY THE SCHOOL.

I have been informed about the health examination recommended by health professionals and required by state law. I have been informed about where my child can receive a health examination and about the income levels for receiving it at no cost to me.

Please check one of the following:

I choose not to have my child receive a health examination as part of the school entry requirement.

I would like my child to receive a health examination, but I am unable to obtain it.

Reason (see Health and Safety Code, Section 124085): _____

 Signature of parent or guardian

 Date

INQUIRE AT THE SCHOOL OFFICE OR YOUR LOCAL HEALTH DEPARTMENT IF YOU WANT MORE INFORMATION.
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

RENUNCIA VOLUNTARIA PARA RECIBIR UN EXAMEN DE SALUD PARA INGRESAR A LA ESCUELA

NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA—Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DIRECCIÓN—Número/Calle	Ciudad	Zona Postal	ESCUELA	Maestro(a)	

PADRE/MADRE O GUARDIÁN:

Si desea que su niño(a) no reciba el examen de salud requerido por la ley de California antes de ingresar a la escuela, por favor llene este formulario. FIRMALO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA donde será guardado en forma confidencial.

AVISO: EL FIRMAR ESTA RENUNCIA VOLUNTARIA NO DISPENSA PARA QUE EL NIÑO/LA NIÑA RECIBA LAS INMUNIZACIONES REQUERIDAS POR LA LEY DE CALIFORNIA PARA LOS NIÑOS EN LA ESCUELA. TAMBIÉN, EL FIRMAR ESTE FORMULARIO NO LE NEGARÁ A SU NIÑO(A) EL DERECHO A RECIBIR LOS EXÁMENES DE LA VISTA Y EL OÍDO HECHOS POR LA ESCUELA.

Se me ha informado acerca del examen de salud recomendado por los respectivos profesionales y requerido por la ley del estado. Se me ha informado también acerca de los lugares donde mi niño(a) puede recibir un examen de salud y sobre los diferentes niveles de ingresos para recibirlo sin costo alguno.

Por favor marque uno de los siguientes casilleros:

- Escojo que mi niño(a) no reciba el examen de salud que es uno de los requisitos para ingresar a la escuela.
- Me gustaría que mi niño(a) reciba un examen de salud, pero estoy incapacitado(a) para obtenerlo.

Razón (vea Health and Safety Code, Sección 124085): _____

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN CONSÍGALA EN LA ESCUELA O EN SU DEPARTAMENTO LOCAL DE SALUD.
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp