# 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 | BIRTH DATE—Month/Day/Year |
|---|---|---|---|
| | | | |

| ADDRESS—Number, Street | City | ZIP code | SCHOOL |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 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) | | | | | |
| **DtaP/DTP/DT/Td** (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 (e.g., TB Test, if indicated) | | | | | |
| 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, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera 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(mm/dd/aa) |
|---|---|
| Historia de Salud | _____/_____/_____ |
| Examen Físico | _____/_____/_____ |
| Evaluación de Dientes | _____/_____/_____ |
| Evaluación de Nutrición | _____/_____/_____ |
| Evaluación del Desarrollo | _____/_____/_____ |
| Pruebas Visuales | _____/_____/_____ |
| Pruebas con Audiómetro (auditivas) | _____/_____/_____ |
| Evaluacion 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 | Quarto | Quinto |
| **POLIO** (OPV o IPV) | | | | | |
| **DTaP/DTP/DT/Td** (difteria, tétano y [acellular] pertusis [tos ferina]) 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 (e.g. prueba TB, de ser indicado) | | | | | |
| OTRA | | | | | |

## PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD *(optional)* y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

### 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)

***de ser indicado**

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

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 Jovenes (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**