
Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

चिकित्सा सम्झाउनी (मेडिकल रिमाइन्डर)

राज्य इजाजतपत्र दिशानिर्देशहरू अनुसार, पृ-स्कूलको प्रत्येक विद्यार्थीले पछिल्लो १२ महिना भित्र गरिएको स्वास्थ्य बाल परीक्षा वा वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरिएको कागजात र स्कूल सुरु गर्नु अघि फाइलमा सबै खोप अद्यावधिक गरिएको खोप रेकर्ड राख्न आवश्यक छ। खोप रेकर्डका अतिरिक्त इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले चिकित्सा फाराम पूरा गरेको हुनुपर्छ।

यदि तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य बाल परीक्षा वा खोप आवश्यक छ भने, कृपया भेटघाटको तालिका (एप्पोजन्टमेन्ट) बनाउनकालागि सकेसम्म चाँडो वहाँहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा स्कूल आधारित नेसनवइड चिल्ड्रेन्स हस्पिटलका स्वास्थ्य सेवाहरूलाई 614-355-2590 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि कुनै विद्यार्थीलाई गत वर्ष भित्र कल्याण बाल परीक्षाकालागि नेसनवइड चिल्ड्रेन्स हस्पिटलले परीक्षण गरेको भए, अभिभावक/संरक्षकले माइचार्ट खाता (MyChart) मार्फत यो जानकारी अनलाइन पहुँच गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंहरूले खोप रेकर्ड सहित कल्याण बाल परीक्षा/वार्षिक शारीरिक परीक्षणका कागजात ECEnurses@columbus.k12.oh.us, मा इमेल गर्न सक्नुहुन्छ वा 614-365-8745 फ्याक्स नम्बरमा फ्याक्स गर्न सक्नुहुन्छ, वा सो कागजात आफ्नो बच्चाका कक्षाकोठा-शिक्षकलाई पठाइदिन सक्नुहुन्छ। हामी यहाँहरूले संलग्न गर्नु भएका सि सि स मेडिकल फाराम, ODJFS मेडिकल फाराम, वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट पछिल्लो १२ महिना भित्र स्वस्थ बच्चा भेट वा वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरेको कुनै पनि आधिकारिक कागजात स्वीकार गर्न सक्छौं।

तपाईंका विद्यार्थीहरू स्कूल जान सुरु गर्नु भन्दा पहिल्यै हामीसँग वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरेको वा स्वस्थ बच्चा परीक्षणका कागजात फाइलमा हुनै पर्नेहुन्छ।



**COLUMBUS CITY SCHOOLS
HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES**

Preschool Medical Form

NOTE: All Pre-Kindergarten children entering Columbus City Schools are required to have medical and dental examinations within the current calendar year. This information is confidential and becomes a part of the student's cumulative record.

Name _____ Address _____
School _____ Grade _____ Room _____ Date of Birth _____

HEALTH SCREENING:

Height _____ Weight _____ Visual Acuity: Right _____ Left _____
Hearing Acuity: Right _____ Left _____
Date of Exam _____ Strabismus: _____ Color vision _____

IMMUNIZATION REQUIREMENTS:

Section 3313.671 of the Ohio Revised Code requires children of school age to be immunized against diphtheria, whooping cough, tetanus, polio, rubeola, rubella, mumps and Hepatitis B.

DtaP, DPT, DT					
Polio					
MMR					
Hepatitis B					
Varicella					
Hib					
TB Test		Results			
Other					
Other					

PHYSICAL EXAMINATION:

Surgical History:

Medical History:

Current medical diagnosis:

Allergies:

Medications:

Head and Neck _____
BP _____
Orthopedic _____
Chest _____ Heart _____
Lungs _____ Abdomen _____
Hernia _____ Extremities _____
Neurological _____
Behavioral/Emotional _____

Urinalysis	
Hemoglobin	
Sickle Cell	
Serum Lead	
Other Labs	

Please indicate any physical activity restrictions or required adaptations to physical education program:

Based upon this child's medical history and physical condition at the time of examination, this child is free from apparent communicable disease and is in suitable condition for enrollment in an early childhood education program within Columbus City Schools.

Date of Exam _____ Health Care Provider Signature _____
Phone _____ Provider printed name or stamp _____

FAX Form to (614)365-8745

Rev. 03/2019

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity/expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities