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.

For Elementary Only

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los ni¶os, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los ni¶os tengan un examen m®dico de salud. Por favor, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuelað 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 NI¤O/NI¤Að Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTOð Mes/D²a/A¶o

DOMICILIOð N½mero 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 F²sico	_____/_____/_____
Evaluaci· n de Dientes	_____/_____/_____
Evaluaci· n de Nutrici· n	_____/_____/_____
Evaluaci· n del Desarrollo	_____/_____/_____
Pruebas Visuales	_____/_____/_____
Pruebas con Audi· metro (auditivas)	_____/_____/_____
Evaluacion de Riesgo y prueba Tuberculosis*	_____/_____/_____
An§lisis de Sangre (para anemia)	_____/_____/_____
An§lisis de Orina	_____/_____/_____
An§lisis de Sangre para el plomo	_____/_____/_____
Otra	_____/_____/_____

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor d®a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunizaci· n de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunizaci· n sobre el Registro de Inmunizaci· n 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, t®tano y [acellular] pertusis [tos ferina]) O (t®tano y difteria solamente)					
MMR (sarampi· n, paperas, rub®ola)					
HIB MENINGITIS (Hem· filo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para ni¶os 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 guardi§n ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la informaci· n de salud de su ni¶o/ni¶a.

☐ El examen revel· que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.

☐ Las condiciones encontradas en el examen o despu®s de una evaluaci· n posterior que son de importancia para la actividad escolar o f²sica son: (por favor explique)

***de ser indicado**

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la informaci· n 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 guardi§n _____ 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

For Elementary Only