



Report of Medical Examination for School Entry

California law requires a medical examination for school entry to protect the health of all children.

Please return this report to the school. All personal information will be kept confidential.

PART I TO BE FILLED OUT BY PARENT OR GUARDIAN/ Español al dorso

CHILD'S NAME—Last	First	Middle Initial	School
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP Code	Birth Date—Month/Day/Year

- I want the medical provider to complete **Part II and Part III**
 I want the medical provider to complete **Part II only**

_____/_____
 Signature of Parent or Guardian Date

PART II TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER

Tests and Evaluations			Date	Medical Provider Information
Child's Height inches	Child's Weight lbs ozs	Child's BMI Percentile %		Name, Address, and Telephone Number: /
Health/Development History				
Physical Examination				
Nutritional Evaluation				
Vision Screening				
Audiometric Screening				
Blood Test for Anemia				
Urine Dipstick				
Dental Screening				
Tuberculin (TB) Skin Test (Recommended for ALL children entering first grade)				

CHILD HAS A COMPLETED OR UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD YES NO

PART III TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER

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. *Please contact the school nurse if the child needs help with medication at school.*

- Parent requests Part III not be filled out The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity.
 Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are (*please explain*):

WAIVER OF MEDICAL EXAMINATION

Note: Your child must have immunizations required by State law, even if no health examination is given.

I have been told about the medical examination recommended by health professionals and required by State law. I have also been told where and how my child can receive medical examinations at no cost, if such assistance is needed.

___ **I do not want** my child to receive a medical examination
 ___ **I do want** my child to receive a medical examination, but **I am unable to get it because** _____

 Signature of Parent or Guardian

 Date



Reporte del Examen Médico para Ingresar a la Escuela

La ley del estado de California requiere un examen médico para ingresar en la escuela y así proteger la salud de todos los niños. **Favor de entregar este reporte a la escuela. Toda la información será confidencial.**

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN/ English on front

NOMBRE DEL NIÑO—Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Escuela
DOMICILIO—Número, Calle	Ciudad	Zona Postal	Fecha de Nacimiento--Mes/Día/Año

- Yo solicito que el proveedor médico complete **la Parte II y Parte III**
 Yo solicito que el proveedor médico complete **la Parte II solamente**

_____/_____
Firma del Padre, Madre o Guardián Fecha

LA PARTE II DEBERA SER LLENADA POR EL PROVEEDOR MÉDICO

Pruebas y evaluaciones			Fecha	Información del Proveedor Médico
				Nombre, Domicilio y número de teléfono:
Estatura del niño(a) pulgadas	Peso del niño(a) libras onzas		El porcentaje de Índice de Masa corporal del niño(a) %	
Historial Médico/Desarrollo				
Examen Físico				
Evaluación de Nutrición				
Examen de la Vista				
Examen Audiométrico				
Análisis de Sangre para Anemia				
Análisis de Orina				
Evaluación Dental				
Prueba de Tuberculina (intradérmica)				
				Firma del Médico Profesional Fecha

EL NIÑO(A) TIENE UNA TARJETA COMPLETA O ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA SI NO

LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR

Otra Información Médica (Opcional): Para el bienestar del niño(a), y con el permiso de los padres o guardián, se recomienda que cualquier información importante se comparta con la escuela. Si el niño(a) necesita ayuda en tomar alguna medicina en la escuela, por favor comuníquese a la enfermera de la escuela.

- Los padres pidieron no llenar la Parte III El examen reveló que no hay condiciones de importancia que interfieren con actividades escolares o físicas. Condiciones que necesitan más evaluación o que pueden afectar las actividades escolares o físicas del niño(a), son (*favor de explicar*):

FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD

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** _____

Firma del Padre, Madre o Guardián

Fecha