Requisitos para Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

Al recibir **exámenes de salud** regularmente se pueden prevenir, detectar y tratar muchos problemas de salud antes de que sean serios. Por esta razón California tiene una ley que requiere que todos los niños deben recibir un examen de salud **18 meses antes de ingresar al primer año o hasta 90 días después de haber iniciado el primer año.** Su niño debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su medico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su medico llenará esta forma y usted deberá entregarla a la escuela de su niño. **Si su niño recibió el examen de salud** al ingresar al jardín de niños (kindergarten) y la escuela todavía no tiene el reporte del examen, usted necesita pedírselo a su medico o clínica y llevarlo a la escuela.

Si a Ud. no le es posible pagar el examen, por favor llame a los Servicios de Salud Maternal, Niño y Familia para saber si su niño califica para un examen físico gratuito y también para un seguro de cuidado continuo medico y dental al:

1-800-675-2229

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (*PARENT OR GUARDIAN)*

NOMBRE DEL NIÑO—Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Escuela
DOMICILIO—Número, Calle	Ciudad	Zona Postal	Fecha de Nacimiento

□ Yo solicito que el proveedor médico complete **la Parte II solamente**

PART II TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER (*EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR))*

Tests and Evaluations *(Pruebas y evaluaciones)*			**Date** *(Fecha)*	**MEDICAL PROVIDER INFORMATION** *(Informacion de Proveedor Médico)*
Height (*Estatura)* _____ inches	Weight *(Peso)* ___ lbs _____ ozs	BMI Percentile ____ % *(El porcentaje de Índice de Masa corporal)*		
Health/Development History *(Historial Médico/Desarrollo)*				Name, Address, and Telephone Number:
Physical Examination (*Examen Físico)*				
Nutritional Evaluation (*Evaluación de Nutrición)*				
Vision Screening *(Examen de la Vista)*				
Audiometric Screening *(Examen Audiométrico)*				
Blood Test for Anemia *(Análisis de Sangre para Anemia)*				
Urine Dipstick/Urinalysis (**Análisis de Orina**)				
Dental Screening (Evaluación Dental)				/
Tuberculin (TB) Skin Test/Risk Assessment (Prueba de Tuberculina)				Signature of Medical Professional / Date

DOES CHILD HAVE A COMPLETED OR UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? □ **YES** □ **NO**
(TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA COMPLETA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓ N DE CALIFORNIA)

PART III TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER *(EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR)*

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 below)*:

FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD *(WAIVER OF EXAMINATION)*

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*

County of San Diego, Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans, Suite 522, San Diego, CA 92110
For more information, please call 619-692-8808