

## 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 PARENT OR GUARDIAN**

CHILD'S NAME Last First Middle Birthdate: Month Day Year

ADDRESS Street City Zip Code School

**PART II**

**HEALTH EXAMINATION** Date: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATION RECORD**

Required Tests and Evaluations*	Check When Completed
Health and Developmental History	
Physical Examination	
Nutritional Assessment	
Vision Screening	
Audiometric (hearing) Screening	
Blood Test (for anemia)	
Urine Test	
Tuberculin Test	
Other:	

Vaccine	Date Each Dose Was Given				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
Polio (TOPV/IPV) (circle one)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DPT/Td/DT (circle one)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Measles*	/ /				
Rubella*	/ /				
Mumps*	/ /				

\* Record only doses given on or after first birthday.  
*Note to Examiner:* Please give the family a completed, or updated, yellow California Immunization Record or other personal immunization record.  
*Note to School:* Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

\* All tests and evaluations must be done after the child is 4 1/4 years of age.

**PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (Optional)**

Name, address, and telephone number of health examiner: \_\_\_\_\_

Fill out if parent or guardian has signed release of health information below.

**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

- Examination revealed no condition relevant to the school program.
- Conditions found in the examination or after further evaluation which are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

Signature of Health Examiner \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**RELEASE OF HEALTH INFORMATION**

I give permission to share the additional results of this examination with the school as stated in Part III.  
 Please check the box if you do not want the health examiner to fill out Part III.

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If unable to get the examination done, call the Child Health and Disability Prevention Program in your local health department. If you do not want your child to have an examination, you may sign the waiver (PM 171B) form obtained from your child's school.

**INFORME DEL EXAMEN DE LA 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 ELLOS TENGAN UN EXAMEN MEDICO DE SU SALUD. POR FAVOR, PIDALE A QUIEN HA HECHO EL EXAMEN QUE LLENE ESTE INFORME Y LLEVELO A LA ESCUELA—ESTE INFORME SERA GUARDADO Y MANTENIDO POR LA ESCUELA EN FORMA CONFIDENCIAL.

**PARTE I PARA SER LLENADA POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIAN**

NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**PARTE II**

**EXAMEN DE LA SALUD**

Indique Cuando se Completaron	Historia de la Salud y su Desarrollo
	Examen Físico
	Evaluación de la Nutrición
	Pruebas Visuales
	Pruebas con el Audiómetro (auditivas)
	Análisis de la Sangre (para anemia)
	Análisis de Orina
	Pruebas con la Tuberculina
	Otra: _____

Fecha: \_\_\_\_\_

**RECORD DE LAS INMUNIZACIONES**

Vacuna	Polio (TOPV/IPV) (marque una)	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	DPT/Td/DT (marque una)	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Sarampión*		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Rubéola*		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Paperas*		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

\* Record de las dosis dadas sólo en o después del primer cumpleaños.  
 Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia una vez completado, o a la fecha, el Record de Inmunización de California en papel amarillo u otro record de inmunización personal.  
 Aviso a la Escuela: Por favor pongan las fechas de las inmunizaciones en la página azul del Record de Inmunizaciones de la Escuela en California (PM 286).

**PARTE III INFORMACION ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE LA SALUD (Optional)**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado más abajo el consentimiento para divulgar el informe sobre la salud.  
**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**  
 El examen reveló que no hay condiciones que conciernen al programa escolar.  
 Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior importantes para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

**PERMISO PARA DIVULGAR EL INFORME SOBRE LA SALUD**

Doy permiso para compartir con la escuela los resultados adicionales de este examen como se indica en la Parte III.  
 Por favor marque el casillero si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del Examinador de la Salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/de la Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si no puede obtener el examen llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades en Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento local de salud. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen, puede firmar la orden (PM 171B), formulario que consigue en la escuela donde va su niño(a).