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 grado o hasta 90 días después de haber iniciado el primer grado**. Su hijo/a debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su médico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su médico llenará esta forma. Usted deberá entregar esta forma completa a la escuela de su hijo/a.

Si a usted no le es posible pagar el examen, por favor llame al unidad de servicios de salud Infantil, Maternal, y Familiar en el Condado de San Diego (MCFHS, por sus siglas en Ingles) para ver si su hijo/a califica para un examen físico sin costo. MCFHS tambien le puede dar información de seguro médico y dental.

619-692-8808

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (*PARENT OR GUARDIAN)*		
Apellido del niño/a:	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)	Escuela	
Domicilio de casa-Número, Calle	Ciudad	Zona Postal
☐ Yo solicito que el proveedor medico complete **la Parte II solamente.**		

LA PARTE II EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (*MEDICAL PROVIDER)*				
Tests and Evaluations *(Pruebas y evaluciones)*			**Date of Exam** *(Fecha de Examen)*	**MEDICAL PROVIDER INFORMATION** *(Información de Proveedor Médico)*
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile (El porcentaje de Índice de Masa Corporal) _____%		
Health/Development History *(Historial Médico/ Historial de Desarrollo)*				Name, Address, and Telephone Number:
Physical Examination *(Examen Físico)*				
Nutritional Evaluation *(Evaluacón de Nutrición)*				
Vision Screening (*Examen de la Vista)*				
Audiometric Screening (*Examen Audiométrico)*				
Blood Test for Anemia *(Análisis de Sangre para Anemia)*				
Oral Health Screening (*Evaluación de salud oral)*				/
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test *(Prueba de Tuberculina)*				Signature of Medical Professional / Date

DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA AMARILLA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA COMPLETA?)

LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR *(MEDICAL PROVIDER)*

Otra información de salud (opcional): Para el beinestar del niño/a, y con el permiso del padre/la madre/el tutor, se recomienda que cualquier tipo de información importante de salud sea compartida con la escuela. *Por favor contacte a la enfermera escolar si el niño/a necesita ayuda con sus medicamentos en la escuela.*

☐ El padre/la madre/el tutor pide que no se llene la parte III.
☐ La examinación no reveló condiciones de importancia para la escuela o la actividad ficisa.
☐ Las condiciones que necesitan una evaluación más profunda o que puede afectar la escuela o actividad física son (por favor explique abajo).

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

Nota: Su hijo/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 cómo mi hijo/a puede ser elegible para recibir un examen médico sin costo.

__ **No deseo** que mi hijo/a reciba un examen médico
__ **Si deseo** que mi hijo/a reciba el examen médico, **pero me ha sido imposible obtenerlo porque** _____.

_____ _____
Firma del padre/la madre/el tutor *Fecha*