

INFORME DEL EXAMEN DE 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 todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

| | | | |
|-------------------------------|---------------|----------------|---------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año |
| DOMICILIO—Número 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 Físico | / / |
| Evaluación de Dientes | / / |
| Evaluación de Nutrición | / / |
| Evaluación del Desarrollo | / / |
| Pruebas Visuales | / / |
| Pruebas con Audiómetro (auditivas) | / / |
| Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis* | / / |
| Análisis de Sangre (para anemia) | / / |
| Análisis de Orina | / / |
| Análisis de Sangre para el plomo | / / |
| Otra | / / |

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización 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, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente) | | | | | |
| MMR (sarampión, paperas, rubéola) | | | | | |
| HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños 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)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información 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 guardián

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 Jóvenes (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