

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: _____ Segundo Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año: _____

Primer Nombre: _____ Ciudad: _____ ESCUELA: _____

DOMICILIO—Número y Calle: _____ Zona Postal: _____

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.

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor de 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 pongan las fechas de las inmunizaciones en el Registro de Inmunización de la Escuela en California (PM 286) en papel azul.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA
Historia de Salud	
Examen Físico	
Evaluación de Dientes	
Evaluación de Nutrición	
Evaluación del Desarrollo	
Pruebas Visuales	
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	
Análisis de Sangre (para anemia)	
Análisis de Orina	
Análisis de Sangre para el plomo	
Otra	

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis) 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					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (Opcional) Y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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 importante para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

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: _____

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador: _____

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).