

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Child Health and Disability prevention (CHDP) Program

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 entregelo 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/NIA - Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DA 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)	____/____/____
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	____/____/____
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	Cuarto	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					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

<p>RESULTADOS Y RECOMENDACIONES</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.</p> <p><input type="checkbox"/> Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar ofísica son: <i>(por favor explique)</i></p>	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor marque esta caja si Ud, no desea que el examinador llene la Parte III.</p> <p>➤ : _____ Fecha _____ Firma del padre/madre o guardián</p> <p>Nombre, dirección y número de teléfono del Examinador de Salud</p> <p>➤ : _____ Fecha _____ Firma del examinador de salud</p>
---	---

Si su niño(a) no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niño(a)s 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), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).