Reporte del Examen Médico para Ingresar a la Escuela

La ley del estado de California requiere un examen médico para ingresar en la escuela y así proteger la salud de todos los niños. **Favor de entregar este reporte a la escuela. Toda la información será confidencial.**

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN/ English on front

NOMBRE DEL NIÑO—Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Escuela
DOMICILIO—Número, Calle	Ciudad	Zona Postal	Fecha de Nacimiento--Mes/Día/Año

☐ Yo solicito que el proveedor médico complete **la Parte II y Parte III**

☐ Yo solicito que el proveedor médico complete **la Parte II solamente**

_____ / _____

Firma del Padre, Madre o Guardián **Fecha**

LA PARTE II DEBERA SER LLENADA POR EL PROVEEDOR MÉDICO

Pruebas y evaluaciones			Fecha
Estatura del niño(a) pulgadas	Peso del niño(a) libras onzas	El porcentaje de Índice de Masa corporal del niño(a) %	
Historial Médico/Desarrollo			
Examen Físico			
Evaluación de Nutrición			
Examen de la Vista			
Examen Audiométrico			
Análisis de Sangre para Anemia			
Análisis de Orina			
Evaluación Dental			
Prueba de Tuberculina (intradérmica)			

Información del Proveedor Médico

Nombre, Domicilio y número de teléfono:

/

Firma del Médico Profesional Fecha

EL NIÑO(A) TIENE UNA TARJETA COMPLETA O ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA ☐ **SI** ☐ **NO**

LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR

Otra Información Médica (*Opcional*): Para el bienestar del niño(a), y con el permiso de los padres o guardián, se recomienda que cualquier información importante se comparta con la escuela. Si el niño(a) necesita ayuda en tomar alguna medicina en la escuela, por favor comuníqueselo a la enfermera de la escuela.

☐ Los padres pidieron no llenar la Parte III ☐ El examen reveló que no hay condiciones de importancia que interfieren con actividades escolares o físicas. ☐ Condiciones que necesitan más evaluación o que pueden afectar las actividades escolares o físicas del niño(a), son (*favor de explicar*):

FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD

Nota: Su niño(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 dónde y cómo mi niño(a) puede recibir un examen médico sin costo alguno, si tal asistencia fuera necesaria.

___ **No deseo** que mi niño(a) reciba el examen médico

___ **Si deseo** que mi niño(a) reciba el examen médico, **pero me ha sido imposible obtenerlo porque** _____

_____

/

Firma del Padre, Madre o Guardián Fecha

County of San Diego Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans Street, Suite 522, MS: P511-H, San Diego, CA 92110

Para más información, llame al 619-692-8808