



REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

School Name: _____ **For School Year:** _____

Dear Parent/Guardian:

To protect the health of all in school, California State Law requires that every child have a health exam for entry into school. THIS EXAM MUST BE DONE NO EARLIER THAN MARCH OF THE YEAR THE CHILD ENTERS KINDERGARTEN. If your child is not on Medi-Cal, you may be able to obtain this required examination from your health care provider free of charge. To find out whether your child is eligible, contact your local CHDP office at 499-6886.

PLEASE SIGN THIS RELEASE OF HEALTH INFORMATION, HAVE THIS REPORT COMPLETED BY THE HEALTH EXAMINER, AND RETURN IT TO THE SCHOOL. The school will keep and maintain the form as confidential information. If you cannot get an exam, or you do not want your child to have it, you must sign a form (PM 171-B) which may be obtained by the school.

Para proteger la salud de todos en la escuela, La Ley del Estado de California, requiere que cada niño/a obtenga un examen físico al entrar la escuela. ESTE EXAMEN SE TIENE QUE COMPLETAR NO ANTES DE MARZO DEL AÑO EN QUE EL NIÑO ENTRE A KINDERGARTEN. Si su niña no tiene Medi-Cal puede recibir este examen físico, que es requerido por el estado, gratis por medio de su doctor. Para obtener más información o saber si su niño es elegible, llame a la oficina de CHDP al 499-7499.

FAVOR DE DARLE ESTA FORMA A SU DOCTOR PARA QUE LA LLENE Y DEVUELVALA A LA ESCUELA. La escuela mantendrá esta información confidencial. Si no quiere que su niño obtenga un examen físico, tiene que firmar la forma (PM 171 B) que se puede obtener en la escuela.

Để bảo vệ sức khỏe chung nơi trường học, Luật Pháp Tể Bang California đòi hỏi mỗi con em cần phải khám sức khỏe tổng khi nhập học. VIỆC KHÁM SỨC KHOẺ NÀY PHẢI THỰC HIỆN TỬ THANG 3 TRỚ ĐI VÀO NĂM CON EM NHẬP HỌC LỚP MẦU GIÁO. Nếu con em không có thẻ Medical, nhưng con em vẫn có thể được khám sức khỏe miễn phí tại phòng mach bác sĩ nhi-khoa. Dê biết rõ thêm về thể lệ, xin hãy gọi đến văn phòng y-tế CHPD địa phướng ố số 499-6886.

XIN QUÍ VI VUI LOÍNG KÝ TÊN VÀO MẦU DÓN ỦNG, THUẬN TRAO BỒI NHỮNG DỮ KIẾN LIÊN HỀ ĐẾN SỨC KHOẺ CỦA CON EM. DÓN NÀY CẦN PHẢI DUỘC ĐIỂN BỎI NHÂN VIÊN Y-TẾ VÀ GỬI LẠI TRƯỞNG HỌC CON EM SAU KHI HOẢN TẮT. Trửớng học sẽ lửu trữ và bảo mật những dữ kiện này. Nếu nhủ quý vi không thể xin khám cho con em dùộc hoặc không muốn khẩm cho con em, thì xin hẩy ký tên vào mầu đón (PM 171B) có sẵn tặi trửớng.

Signature/Firma/Chu ky: _____ Date/Fecha/Ngày: _____



Marin County Report of Health Examination for School Entry

Child's Name _____ Birthdate _____ Grade _____ Medi-Cal # _____

Address _____ City _____ ZIP _____ Phone _____

Reason for referral if other than pre-school physical: _____ School Nurse _____ Phone _____

HEALTH EXAMINATION MUST INCLUDE AREAS NOTED IN BOLD. (Please check if done and note results as appropriate)

Date of Exam: _____	Is child <input type="checkbox"/> New? <input type="checkbox"/> Established to your care?	Follow-Up / Referral Please indicate who will follow-up															
<input type="checkbox"/> Health and Developmental History		HEALTH PROVIDER SCHOOL NURSE															
<input type="checkbox"/> Nutritional Assessment	Height _____ Weight _____ B/P _____																
<input type="checkbox"/> Physical Examination	Dental Assessment [<input type="checkbox"/>]Normal [<input type="checkbox"/>]Possible caries DENTAL																
<input type="checkbox"/> Blood Test for Anemia	Blood Test for Lead: [<input type="checkbox"/>]No [<input type="checkbox"/>]Yes Result: _____																
<input type="checkbox"/> Urine Test	Exposure to second hand smoke? [<input type="checkbox"/>]No [<input type="checkbox"/>]Yes																
<input type="checkbox"/> Vision Testing: Acuity Test Used: [<input type="checkbox"/>]Snellen [<input type="checkbox"/>]Titmus		VISION															
Right: 20/ _____ Left: 20/ _____	Eye muscle testing: [<input type="checkbox"/>]Normal [<input type="checkbox"/>]Abnormal																
Referred? [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No	Student should wear glasses: [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No																
<input type="checkbox"/> Audiometry Screening	<input type="checkbox"/> Tympanograms (Optional)	AUDIO															
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">3000</td> <td style="text-align: center;">4000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Right</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Left</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1000	2000	3000	4000	Right					Left					Right _____ Left _____	
	1000	2000	3000	4000													
Right																	
Left																	
Referred? [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No																	
Comments: _____																	

ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER: **OTHER**

Does this child have any conditions that might concern the school? []No []Yes

If yes, explain condition(s) and recommendations for follow-up: _____

Are there any restrictions from physical activities? []No []Yes

If yes, explain _____

Does this child take any medication(s)? []No []Yes If yes, explain _____

(If child must take medication at school, please request and complete a medication form.)

Stamp or print examiner's name, address, phone number

Immunization Dates

Polio (OPV or IPV)					
DTP / DTaP					
DT / Td					
HIB Meningitis					
MMR					
Hepatitis B					
Varicella					
Other					

Examiner's Signature _____

TB skin test (PPD) required for school entry unless BCG given within past 12 mos.

Date given ___/___/___ Date read ___/___/___

Induration _____ mm []Negative []Positive

Chest X-Ray required If positive

Date ___/___/___ []Normal []Abnormal

If any required immunizations were not given, list reason: _____

Exemption expiration date ___/___/___