

## School Entry Health Checkup Requirement

Early and regular **health checkups** can find, prevent and treat many health problems before they become serious. That is why California has a **law** that says all children **must** have a health checkup **within the 18 months before first grade or up to 90 days after starting first grade**. Your child must also have certain immunizations or shots for school. Your doctor will be able to check your child's immunization record and see what shots are needed during the health checkup. Your doctor will complete this form, and you need to return it to your child's school.

**If you are not able to pay for this checkup**, please call Maternal, Child and Family Health Services to find out if your child is eligible for a health checkup at no cost and for ongoing medical and dental insurance:

**1-800-675-2229**

PART I - TO BE FILLED OUT BY THE PARENT OR GUARDIAN				
CHILD'S NAME-- Last	First	Middle Initial	School	
ADDRESS-- Number, Street	City	ZIP Code	Birth Date-Month/Day/Year	
<input type="checkbox"/> I want the medical provider to complete <b>Part II only</b>				
PART II - TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER				
Tests and Evaluations			Date	MEDICAL PROVIDER INFORMATION
Child's Height _____ inches	Child's Weight _____ lbs _____ ozs	Child's BMI Percentile _____ %		
Health/Development History			Name, Address, and Telephone Number:	
Physical Examination				
Nutritional Evaluation				
Vision Screening				
Audiometric Screening				
Blood Test for Anemia				
Urine Dipstick/Urinalysis				
Dental Screening				
Tuberculin (TB) Skin Test/Risk Assessment			/	
<i>DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD?</i> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
PART III -TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER				
<p><b>Other Health Information (optional):</b> For the child's welfare and with the permission of the parent or guardian it is recommended that significant health information be shared with the school. <i>Please contact the school nurse if the child needs help with medication at school.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Parent requests Part III not be filled out</p> <p><input type="checkbox"/> The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are <i>(please explain below)</i>:</p>				
WAIVER OF MEDICAL EXAMINATION				
<p>I have been told about the medical examination recommended by health professionals and required by State law. I have also been told where and how my child can receive medical examinations at no cost, if such assistance is needed.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>I do not want</b> my child to receive a medical examination</p> <p><input type="checkbox"/> <b>I do want</b> my child to receive a medical examination, but I am unable to get it because _____</p>				
<hr style="width: 100%;"/> <p><i>Signature of Parent or Guardian</i></p>			<hr style="width: 100%;"/> <p><i>Date</i></p>	





## Requisitos para Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

Al recibir exámenes de salud regularmente se pueden prevenir, detectar y tratar muchos problemas de salud antes de que sean serios. Por esta razón California tiene una ley que requiere que todos los niños deben recibir un examen de salud 18 meses antes de ingresar al primer año o hasta 90 días después de haber iniciado el primer año. Su niño debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su médico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su médico llenará esta forma y usted deberá entregarla a la escuela de su niño. Si su niño recibió el examen de salud al ingresar al jardín de niños (kindergarten) y la escuela todavía no tiene el reporte del examen, usted necesita pedirselo a su médico o clínica y llevarlo a la escuela.

Si a Ud. no le es posible pagar el examen, por favor llame a los Servicios de Salud Maternal, Niño y Familia para saber si su niño califica para un examen físico gratuito y también para un seguro de cuidado continuo médico y dental al:

**1-800-675-2229**

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (PARENT OR GUARDIAN)			
NOMBRE DEL NIÑO—Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Escuela
DOMICILIO—Número, Calle	Ciudad	Zona Postal	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Yo solicito que el proveedor médico complete la Parte II solamente			
PART II TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER (EL PROVEEDOR MEDICO DEBERA LLENAR)			
Tests and Evaluations (Pruebas y evaluaciones)			MEDICAL PROVIDER INFORMATION (Información de Proveedor Médico)
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile _____ % <small>(El porcentaje de Índice de Masa Corporal)</small>	
Health/Development History (Historial Médico/Desarrollo)			Name, Address, and Telephone Number:           Signature of Medical Professional / Date
Physical Examination (Examen Físico)			
Nutritional Evaluation (Evaluación de Nutrición)			
Vision Screening (Examen de la Vista)			
Audiometric Screening (Examen Audiométrico)			
Blood Test for Anemia (Análisis de Sangre para Anemia)			
Urine Dipstick/Urinalysis (Análisis de Orina)			
Dental Screening (Evaluación Dental)			
Tuberculin (TB) Skin Test/Risk Assessment (Prueba de Tuberculina)			
DOES CHILD HAVE A COMPLETED OR UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA COMPLETA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA)			
PART III TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER (EL PROVEEDOR MEDICO DEBERA LLENAR)			
Other Health Information (optional): For the child's welfare and with the permission of the parent or guardian it is recommended that significant health information be shared with the school. Please contact the school nurse if the child needs help with medication at school.			
<input type="checkbox"/> Parent requests Part III not be filled out <input type="checkbox"/> The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity <input type="checkbox"/> Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are (please explain below):			
<b>FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD (WAIVER OF EXAMINATION)</b>			
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.			
<input type="checkbox"/> No deseo que mi niño(a) reciba el examen médico			
<input type="checkbox"/> Si deseo que mi niño(a) reciba el examen médico, pero me ha sido imposible obtenerlo porque _____			
_____ Firma del Padre, Madre o Guardián			_____ Fecha

