

**INFORME DEL EXAMEN DE LA 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 ELLOS TENGAN UN EXAMEN MEDICO DE SU SALUD, POR FAVOR, PIDALE A QUIEN HA HECHO EL EXAMEN QUE LLENE ESTE INFORME Y LLEVELO A LAS ESCUELA - ESTE INFORME SERA GUARDADO Y MANTENIDO POR LA ESCUELA EN FORMA CONFIDENCIAL.**

PARTE I						PARA SER LLENADA POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIAN					
NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre			Fecha de Nacimiento:		
									Mes	Día	Año
DIRECCION		Calle		Ciudad		Zona Postal		Escuela			

PARTE II		RECORD DE LAS INMUNIZACIONES					
EXAMEN DE LA SALUD		Fecha:					
Pruebas y Evaluaciones Requeridas*	Indique Cuando se Completaron	Vacuna	Fecha en que Cada Dosis Fue Dada				
			1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
Historia de la Salud y au Desarrollo		Polio (TOPV/IPV) (marque una)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Examen Fisico		DPT/Td/DT (marque una)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Evaluación de la Nutrición		Sarampión*	/ /	<ul style="list-style-type: none"> • Récord de las dosis dadas sólo en o después del primer cumpleaños. <i>Aviso al Examinador:</i> Por favor dé a la familia una vez completado, o a la fecha, el Récord de Inmunización de California en papal amarillo u otro récord de Inmunización personal. <i>Aviso a la Escuela:</i> Por favor pongan las fechas de las Inmunizaciones en la página azul del Récord de Inmunizaciones de la Escuelas en California (PM 286). 			
Pruebas Visuales		Rubéola*	/ /				
Pruebas con el Audiometro (auditivas)		Paperas*	/ /				
Análisis de la Sangre (para anemia)							
Análisis de Orina							
Pruebas con la Tuberculina							
Otra:							

*Todas las pruebas y evaluaciones deben ser hechas después que el/la niño(a) tenga 4 1/2 años de edad.

PARTE III INFORMACION ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE LA SALUD (Opcional)		Nombre, dirección y teléfono del examinador.	
<p>Liene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado más abajo el consentimiento para divulgar el informe sobre la salud.</p> <p align="center">RESULTADOS Y RECOMENDACIONES</p> <p>? El examen reveló que no hay condiciones que conciernen al programa escolar.</p> <p>? Las condiciones encontradas en el examen o después dé una evaluación posterior importantes para la actividad escolar a física son: (por favor explique)</p>		<p>_____</p> <p>Firma del Examinador de la Salud</p> <p align="right">_____</p> <p>Fecha</p> <hr/> <p align="center">PERMISO PARA DIVULGAR EL INFORME SOBRE LA SALUD</p> <p>Doy permiso para compatir con la escuela los resultados adicionales de este examen como se indice en la Parte III.</p> <p>? Por favor marque el casillero si Ud, no desea que el examinador liene le Parte III.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Padre/de la Madre o Guardián</p> <p align="right">_____</p> <p>Fecha</p>	

Si no puede obtener el examen llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades en Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento local de salud. SI Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen, puede firmar la order (PM 171B), formulario que consigue en las escuela dondo va su niño(a).