

School Entry Health Exam Requirement

Early and regular **health check-ups** can prevent, find, 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 **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. You must return this completed form to your child's school.

If you are not able to pay for this check-up, please call the County of San Diego Maternal Child and Family Health Services (MCFHS) to find out if your child is eligible for a health check-up at no-cost. MCFHS can also provide information on medical and dental insurance.

619-692-8808

PART I – TO BE FILLED OUT BY THE PARENT/GUARDIAN

Child's Last Name:	First Name:	Middle Initial:
Birth Date (mm/dd/yyyy):	School Name:	
Home Address (Number, Street):	City:	Zip:
☐ I want the medical provider to complete Part II only .		

PART II – TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER

Tests and Evaluations			Date of Exam	MEDICAL PROVIDER INFORMATION
Height _____ inches	Weight _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile _____ %		
Health/Development History				Name, Address, and Telephone Number: /
Physical Examination				
Nutritional Evaluation				
Vision Screening				
Audiometric Screening				
Blood Test for Anemia				
Oral Health Screening				
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test				Signature of Medical Professional / Date

DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? ☐ **Yes** ☐ **No**

PART III – TO BE FILLED OUT BY THE MEDICAL PROVIDER

Other health information (optional): For 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 child needs help with medication at school.*

- ☐ Parent requests Part III not to be filled out
☐ The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity.
☐ Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are (please explain below)

WAIVER OF MEDICAL EXAMINATION

I have been told about the medical examination recommended by health professionals and required by State law. I have also been given information on no-cost medical examinations that my child may be eligible for, if such assistance is needed.

___ **I do not want** my child to receive a medical examination

___ **I do want** my child to receive a medical examination, **but I am unable to get it because** _____.

Signature of Parent or Guardian

Date

County of San Diego, Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans St., Ste. 522, San Diego, CA 92110
For more information, please call (619) 692-8808



**LIVE WELL
SAN DIEGO**

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 grado o hasta 90 días después de haber iniciado el primer grado**. Su hijo/a 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. Usted deberá entregar esta forma completa a la escuela de su hijo/a.

Si a usted no le es posible pagar el examen, por favor llame al unidad de servicios de salud Infantil, Maternal, y Familiar en el Condado de San Diego (MCFHS, por sus siglas en Ingles) para ver si su hijo/a califica para un examen físico sin costo. MCFHS tambien le puede dar información de seguro médico y dental.

619-692-8808

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (PARENT OR GUARDIAN)				
Apellido del niño/a:		Nombre		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)		Escuela		
Domicilio de casa-Número, Calle		Ciudad	Zona Postal	
☐ Yo solicito que el proveedor medico complete la Parte II solamente .				
LA PARTE II EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (MEDICAL PROVIDER)				
Tests and Evaluations (Pruebas y evaluaciones)			Date of Exam (Fecha de Examen)	MEDICAL PROVIDER INFORMATION (Información de Proveedor Médico)
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile (El porcentaje de Índice de Masa Corporal) _____ %		
Health/Development History (Historial Médico/ Historial de Desarrollo)				Name, Address, and Telephone Number:
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)				
Oral Health Screening (Evaluación de salud oral)				
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test (Prueba de Tuberculina)				Signature of Medical Professional / Date
DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? ☐ Yes ☐ No (¿TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA AMARILLA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA COMPLETA?)				
LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (MEDICAL PROVIDER)				
Otra información de salud (opcional): Para el bienestar del niño/a, y con el permiso del padre/la madre/el tutor, se recomienda que cualquier tipo de información importante de salud sea compartida con la escuela. <i>Por favor contacte a la enfermera escolar si el niño/a necesita ayuda con sus medicamentos en la escuela.</i>				
☐ El padre/la madre/el tutor pide que no se llene la parte III. ☐ La examinación no reveló condiciones de importancia para la escuela o la actividad física. ☐ Las condiciones que necesitan una evaluación más profunda o que puede afectar la escuela o actividad física son (por favor explique abajo).				
FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD (WAIVER OF EXAMINATION)				
Nota: Su hijo/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 cómo mi hijo/a puede ser elegible para recibir un examen médico sin costo. ☐ No deseo que mi hijo/a reciba un examen médico ☐ Si deseo que mi hijo/a reciba el examen médico, pero me ha sido imposible obtenerlo porque _____.				
Firma del padre/la madre/el tutor			Fecha	

County of San Diego, Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans St., Ste. 522, San Diego, CA 92110

Para mas informacion, por favor llame, (619) 692-8808



**LIVE WELL
SAN DIEGO**

Child Health and Disability Prevention Program

MCFHS – 77ES 11/2016