



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 | Si | No | Información del Proveedor Médico | |
|--------------------------------------|----|----|---|-------|
| | | | Nombre, Domicilio y número de teléfono: | |
| 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) | | | | |
| | | | 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 comuníquese 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, P.O. Box 85222, MS: P511-H, San Diego, CA 92186-5222

Para más información, llame al 619-692-8808