



**MARIN COUNTY REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY
2018-19**

School Name: _____ **Address:** _____

School Phone: _____ **Date:** _____

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 nói trường học, Luật Pháp Tiểu Bang California đòi hỏi mỗi con em cần phải khám sức khỏe tổng khi nhập học. **VIỆC KHÁM SỨC KHOẺ NÀY PHẢI THỰC HIỆN TỪ THANG 3 TRỞ ĐI VÀO NĂM CON EM NHẬP HỌC LỚP MẪU GIÁO.** Nếu con em không có thẻ Medical, nhưng con em vẫn có thể được khám sức khỏe miễn phí tại phòng mạch bác sĩ nhi-khoa. Để biết rõ thêm về thẻ lệ, xin hãy gọi đến văn phòng y-tế CHPD địa phương ở số 499-6886.

XIN QUÍ VI VUI LONG KÝ TÊN VÀO MẪU DÓN ỪNG, THUẬN TRAO BỎI NHỮNG DỪ KIÊN LIÊN HỆ ĐẾN SỨC KHOẺ CỦA CON EM. DÓN NÀY CẦN PHẢI ĐƯỢC DIỄN BỎI NHÂN VIÊN Y-TẾ VÀ GỬI LẠI TRƯỞNG HỌC CON EM SAU KHI HOÀN TẤT. Trường học sẽ lưu trữ và bảo mật những dữ kiện này. Nếu nhủ quý vi không thể xin khám cho con em được hoặc không muốn khám cho con em, thì xin hãy ký tên vào mẫu đón (PM 171B) có sẵn tại trường.

Signature/Firma/Chu ký: _____ Date/Fecha/Ngay: _____

Marin County Report of Health Examination for School Entry

Child's Name _____ Birthdate _____ Grade _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone _____

Medi-Cal # _____

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 _____ New? _____ Established to your care?

_____ Health and Developmental History

Follow-Up / Referral
Please indicate who will follow up
HEALTH PROVIDER **SCHOOL NURSE**

_____ **Nutritional Assessment** Height _____ Weight _____ B/P _____ **DENTAL**

_____ **Physical Examination** Dental Assessment: | | Normal | | Possible caries

_____ **Blood Test for Anemia** Blood Test for Lead: | | No | | Yes Result: _____

_____ **Urine Test** Exposure to second hand smoke? | | No | | Yes

_____ **Vision Testing: Acuity Test Used:** | | Snellen | | Titmus **VISION**

Right: 20/ _____ Left: 20/ _____ Eye muscle testing: | | Normal | | Abnormal

Referred? | | Yes | | No **Student should wear eye glasses** | | Yes | | No

_____ **Audiometry Screening** _____ **Tympanograms (Optional)** **AUDIO**

	1000	2000	3000	4000	Right _____	Left _____
Right					Referred?	Yes No
Left						

Comments: _____

ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER:

OTHER

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

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

Are there any restrictions from physical activities? | Yes | | No |

If yes, explain _____

Does this child take any medications? | Yes | | No | Explain: _____
(If child must take medication at school, please request and complete a medication form.)

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

Examiner's Signature _____

TB skin test (PPD or clearance) required for school entry *regardless* of BCG.

_____ TB assessment completed, not at risk, deferred PPD.

PPD: Date given _____ Date read _____

ENTER IMMUNIZATION DATES-Shaded areas indicate minimum for admittance.

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

Induration _____ mm _____ Negative _____ Positive If any required immunizations were not given, list reason: _____

Chest X-Ray required if positive

Date: _____ Normal ☐ Abnormal ☐ Exemption Expiration Date: _____