



Marin County Report of Health Examination for School Entry

Child's Name _____ Birthdate _____ Grade _____ Medi-Cal # _____

Address _____ City _____ ZIP _____ Phone _____

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

Health and Developmental History

Nutritional Assessment Height _____ Weight _____ B/P _____

Physical Examination Dental Assessment Normal Possible caries **DENTAL**

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 glasses: Yes No

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

	1000	2000	3000	4000
Right				
Left				

Right _____ Left _____

Referred? Yes No

Comments: _____

ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER: **OTHER**

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

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

Are there any restrictions from physical activities? No Yes

If yes, explain _____

Does this child take any medication(s)? No Yes If yes, 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) required for school entry unless BCG given within past 12 mos.

Date given ___/___/___ Date read ___/___/___

Induration _____ mm Negative Positive

Chest X-Ray required If positive

Date ___/___/___ Normal Abnormal

Immunization Dates

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

If any required immunizations were not given, list reason: _____

Exemption expiration date ___/___/___

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 TỬ 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 LÒNG KÝ TÊN VÀO MẪU ĐÓN ỨNG, THUẬN TRAO BỒI NHỮNG DỮ KIỆN LIÊN HỆ ĐẾN SỨC KHOẺ CỦA CON EM. ĐƠN NÀY CẦN PHẢI DUỘC DIỄN BỒI 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 ky: _____ Date/Feacha/Ngay: _____