



MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 JAMES W. DENT EDUCATION CENTER
 1936 Carlotta Drive
 Concord, California 94519-1397
 (925) 682-8000

OFFICE OF
 STUDENT SERVICES
 DIRECTOR

1st notice _____
 2nd notice _____
 Final notice _____

Dear Parents of _____:

California State Law requires that all kindergarten or first-time first grade entrants submit proof of a health examination or waiver before admission to school. The health examination may uncover hidden health problems that can keep your child from learning.

The examination may be completed up to 6 months before starting kindergarten. If the examination has not been completed or the waiver signed by the first grade deadline, your child will not be allowed to attend school for up to five (5) days. Your help is urgently needed to avoid excluding your child from school.

According to our records:

_____ we do not have a health examination on file for your child, or
 _____ your child's examination dated _____ was too early.

The examination must have been completed 03/ _____ or later. Please make another appointment.

Please take the attached form to your health care provider with you. **Return the completed and signed report to your child's school office by _____.** OR

YOUR CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO ATTEND SCHOOL.

If the exam has not been completed, please call your health care provider and make an appointment as soon as possible. Please let us know the appointment date.

If you have questions regarding finding a physician/healthcare provider to perform the health examination, please call the CHDP program at 925-313-6150.

Thank you for your help.

Sincerely,

Felicia Stuckey-Smith, J. D.
 Director of Student Services

Attached: Report of Health Examination For School Entry
 Parent's Guide To School Entrance Health Requirements

12/2010

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last: _____ First: _____ Middle: _____ BIRTH DATE—Month/Day/Year: _____

ADDRESS—Number, Street: _____ City: _____ ZIP code: _____ SCHOOL: _____

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
Tuberculin Test (Mantoux/PPD)	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTp/DTTd (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you do not want the health examiner to fill out Part III.

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

Signature of parent or guardian: _____ Date: _____

Name, address, and telephone number of health examiner: _____

Signature of health examiner: _____ Date: _____

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.



MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 JAMES W. DENT EDUCATION CENTER
 1936 Carlotta Drive
 Concord, California 94519-1397
 (925) 682-8000

OFFICE OF
 STUDENT SERVICES
 DIRECTOR

Primer aviso _____
 Segundo aviso _____
 Aviso final _____

Estimados padres de _____:

La Ley Estatal de California requiere que todos los estudiantes de kindergarten o los que vienen a primer grado por primera vez, presenten prueba de un examen de salud o una petición de exclusión (o dispensa), antes de admitirlos en la escuela. Con un examen médico se pueden descubrir problemas de salud que pueden impedir y afectar el aprendizaje de su hijo/a.

El examen de salud debe hacerse 6 meses antes de empezar kindergarten. Si el examen no se ha hecho y la petición de exclusión no ha sido firmada para el inicio del primer grado, no se le permitirá a su hijo/a asistir a la escuela por un período hasta de 5 días. Su ayuda es indispensablemente necesaria para evitar que su hijo/a no falte a la escuela.

De acuerdo con nuestros registros:

_____ no tenemos un examen de salud en nuestros registros de su hijo/a

_____ el examen de su hijo/a con fecha _____ se hizo con mucha anticipación.

El examen debió haberse completado el 03/ _____ o después.
 Por favor haga otra cita para un examen nuevo.

Sírvase llevar el formulario adjunto a su proveedor de salud. **Devuelva el reporte completo y firmado, a la oficina de la escuela para el _____, O NO SE LE PERMITIRA A SU HIJO/A ASISTIR A LA ESCUELA.**

Si todavía no ha tenido un examen médico, por favor llame a su proveedor de salud y haga una cita lo más pronto posible. Por favor háganos saber la fecha de su cita.

Si tiene preguntas respecto a encontrar un doctor o proveedor de la salud para que le hagan el examen, por favor llame al programa CHDP al 925-313-6150.

Gracias por su ayuda.

Atentamente,

Felicia Stuckey-Smith, J.D,
 Directora de Servicios Estudiantiles

Adjunto: Informe Del Examen de Salud Para El Ingreso a la Escuela
 Guía Para Los Padres De Los Requisitos Escolares De Salud Para La Entrada A Escuela

INFORME DEL EXAMEN DE 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 todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año: _____

DOMICILIO—Número y Calle: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____ Escuela: _____

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA (mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES
Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián: _____ Fecha: _____

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador: _____

Firma del examinador de salud: _____ Fecha: _____

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

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp