

## Reporte de Examen Médico para Ingresar a la Escuela

### Board of Trustees

Emily Andrade  
Leslie Schneider  
Gregg Sonken  
Marla Strich  
Rimga Viskanta

Estimado Padre de Familia o Tutor Legal:

La Ley (AB2068) del Estado de California, ha establecido el Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidad (Por sus siglas en inglés, CHDP). El propósito de este programa es prevenir, diagnosticar y corregir muchos problemas de salud que presentan los niños. La Ley requiere que a todos los niños se les realice un examen de salud antes de ingresar a la escuela.

### Superintendent

Timothy B. Baird, Ed.D.

- Todos los niños deben de contar con un *Reporte de Examen Médico para Ingresar a la Escuela* en el expediente de la oficina para el día 15 de noviembre, en el año de primer grado.
- Los exámenes médicos deberán de entre el 21 de febrero del 2018 y al 15 de noviembre del 2019, para cubrir los requisitos del Estado.
- Si el padre de familia no desea que su hijo sea examinado, ellos deberán llenar y firmar el formulario de Excepción de Examinación Médica, en la parte inferior del formulario.

### Assistant Superintendents

Andrée Grey  
Educational Services

Angelica Lopez  
Administrative Services

Ami Shackelford  
Business Services

Una copia del *Reporte de Examen Médico para Ingresar a la Escuela* está adjunta. Por favor regréselo a la escuela de su hijo, después de haber sido llenada.

Su hijo puede obtener este examen gratis si él o ella es elegible para Medi-Cal o si su familia llena ciertos requisitos de ingresos. Para informes acerca de requisitos de ingresos y, o para encontrar a un doctor quien puede proporcionar un examen de salud para el niño, llame al **1-800-675-2229**.

El directorio de Proveedores de Servicios del Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidad lo puede encontrar en:  
<http://www.sandiegocounty.gov/content/dam/sdc/hhsa/programs/phs/MCFHS/CHDP%20Provider%20Directory.pdf>.

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La información de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito.

Si tiene preguntas referentes a estos requisitos, por favor comuníquese con nosotros.

Gracias por su cooperación.

Atentamente

Denise Donar, RN 760-518-7902  
Karen Shuff, RN 760-504-6465  
Enfermeras del Distrito EUSD

## 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 año o hasta 90 días después de haber iniciado el primer año**. Su niño debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su medico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su medico llenará esta forma y usted deberá entregarla a la escuela de su niño. **Si su niño recibió el examen de salud** al ingresar al jardín de niños (kindergarten) y la escuela todavía no tiene el reporte del examen, usted necesita pedírselo a su medico o clínica y llevarlo a la escuela.

**Si a Ud. no le es posible pagar el examen**, por favor llame a los Servicios de Salud Maternal, Niño, y Familia para saber si su niño califica para un examen físico gratuito y también para un seguro de cuidado continuo medico y dental al:

**1-800-675-2229**

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (PARENT OR GUARDIAN)				
NOMBRE DEL NIÑO-Apellido		Nombre		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)			Escuela	
DOMICILIO-Número, Calle		Ciudad	Zona Postal	
<input type="checkbox"/> 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/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)				
Urine Dipstick/Urinalysis (Análisis de Orina)				
Dental Screening (Evaluación Dental)			/	
Tuberculin (TB) Skin Test/Risk Assessment (Prueba de Tuberculina)				Signature of Medical Professional / Date
DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (¿TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA COMPLETA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA?)				
LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (MEDICAL PROVIDER)				
<b>Other health information (optional):</b> 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. <i>Please contact the school nurse if child needs help with medication at school.</i>				
<input type="checkbox"/> Parent requests Part III not to be filled out <input type="checkbox"/> The examination revealed no conditions of importance to school or physical activity <input type="checkbox"/> Conditions that need further evaluation or that can affect school or physical activity are (please explain below)				
FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD (WAIVER OF EXAMINATION)				
<b>Nota: Su niño(a) debe recibir las vacunas requeridas por la ley Estatal, aunque no reciba el examen médico.</b> 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. <input type="checkbox"/> No deseo que mi niño(a) reciba un examen médico <input type="checkbox"/> 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, 3851 Rosecrans St., Ste. 522, San Diego, CA 92110

For more information, please call (619) 692-8808

Child Health and Disability Prevention Program  
MCFHS - 77ES 10/2013

## Examen de Salud Dental

Estimado Padre de Familia o Tutor Legal:

Para asegurarnos que su niño(a) esté listo(a) para la escuela, el Código de Educación sección 49452.8 de la Ley de California requiere que:

- A todos los niños se les debe de realizar una revisión de salud oral o dental (Examen Dental) antes del 31 de mayo, del año que curse kínder.
- Las revisiones deben de realizarse entre el 21 de agosto del 2017 y el 31 de mayo del 2109, para cubrir los requisitos del Estado.
- Que la evaluación debe de ser realizada por un **dentista con licencia en California u otro profesional en salud oral registrado o con licencia en california.**
- Si el padre de familia desea que su hijo no participe en la evaluación, por favor indique la razón en la Sección 3 del formulario.

Hemos adjuntado la Oral Heath Assessment o Evaluación de Salud Oral. Por favor entregue el formulario a la oficina de la escuela de su niño, una vez que sea llenado.

La lista de recursos que describimos a continuación, le ayudará a encontrar un dentista para que usted pueda cumplir con éste requisito para su niño:

1. El número de teléfono sin costo para Medi-Cal/Denti-Cal o el sitio de Internet para encontrar un dentista que acepte seguro Denti-cal es: 1-800-322-6384 o busque en: <http://www.denti-cal.ca.gov>
2. Para apoyo para registrarse en Medi-Cal/Denti-Cal puede llamar al Departamento de San Diego Maternal, Child and Family Health Services (Servicios Infantil y para la Familia) al número de teléfono para llamar sin costo, a la línea de ayuda al 1-800-675-2229.
3. Otros recursos para encontrar un proveedor de servicios:
  - a. (San Diego Kids Health Assurance Network) Red de Seguro de Salud para Niños en San Diego al 1-800-675-2229 o <http://www.co.san-diego.ca.us/sdkhan/>
  - b. Al 2-1-1 San Diego ( si no le es imposible comunicarse al 2-1-1 de su teléfono celular o está en un área fuera del condado de San Diego por favor llame al (858) 300-1211)
  - c. La Sociedad Dental de San Diego al 619- 275-0244 para recomendaciones acerca de dentistas privados

La Ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad acerca de la información de salud de los estudiantes. La información personal de su hijo, no será relacionada con ningún reporte producido como resultado de este requisito.

Si tiene alguna pregunta acerca de los requisitos de exámenes de salud Oral o Dental, por favor comuníquese con nosotros.

Atentamente.

Denise Donar, RN 760-518-7902  
Karen Shuff, RN 760-504-6465  
Enfermeras del Distrito EUSD

### Board of Trustees

Emily Andrade  
Leslie Schneider  
Gregg Sonken  
Marla Strich  
Rimiga Viskanta

### Superintendent

Timothy B. Baird, Ed.D.

### Assistant

#### Superintendents

Andrée Grey  
Educational Services

Angelica Lopez  
Administrative Services

Ami Shackelford  
Business Services

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

Mantenga esta forma con la tarjeta de vacunas de su niño(a) (Tarjeta Amarilla)

La Ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que tu hijo(a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo(a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo(a), llena la sección 3.

### Sección 1: Información del niño(a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño(a): _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo nombre: _____	Fecha de nacimiento del niño(a): _____
Domicilio: _____	Cuidad: _____	Codigo Postal: _____	
Nombre de la escuela: _____	Maestro(a): _____	Grado: _____	Sexo (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor: _____	Raza u origen étnico del niño (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____		

### Sección 2: (Filled out by California licensed dental professional) (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately – mark the appropriate field in each box.

(NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma seperada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente)

Assessment Date (Fecha de la evaluación): _____	Caries experience/ Fillings present (Experiencia con caries/amalgamas presentes): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible decay present (Daño visible presente): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment urgency (Urgencia del tratamiento): <input type="checkbox"/> No obvious problem found (no se encontraron problemas obvios) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) (se recomienda atención dental pronta) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions) (necesita atención urgente)
Provider/Clinic Name (Imprima el nombre del Proveedor/ Oficina): _____	Phone (Número de Teléfono): _____	Fax (Número de Fax): _____	
Licensed Dental Professional Signature Firma del profesional dental con licencia): _____	CA License Number (Número de licencia de California): _____	Date (Fecha): _____	

### Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental (Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento)

Por favor excuse a mi hijo(a) de la evaluación dental debido a (Marca el espacio que mejor describe la razón):

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).  
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:  Medi-Cal/Denti-Cal  Otro  Ninguno
- No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo(a).
- No quiero que mi hijo(a) reciba una evaluación dental.
- Otras razones por las cuales mi hijo(a) no puede recibir una evaluación dental: \_\_\_\_\_

Si pides una excusa de este requerimiento: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo(a) no sera parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo(a). Si teienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo(a).

El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo(a).

