



101 S. Rancho Santa Fe Road
Encinitas, CA 92024-4349
Phone: (760) 944-4300
FAX: (760) 942-7094
www.eusd.net

Requisito de Reporte de Examen Médico para Ingresar a la Escuela

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, Child Health and Disability Prevention 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.

- Todos los niños deben de contar con un formulario *School Entry Health Exam (Examen de Salud para Ingresar a la Escuela)* debidamente llenado, en el expediente de la oficina del escuela para el mes de noviembre del año escolar de primer grado.
- Los Exámenes de salud realizados 18 meses antes del primer grado o hasta 90 días después de que inicie el primer grado, llenan los requisitos del Estado.
- Si los padres de familia no desean que su hijo reciba un examen médico, deben de llenar y firmar el formulario *Waiver of Medical Examination o Exención de Examinación Médica*, en sección de la parte inferior del formulario.

Por favor presente el formulario [School Entry Health Checkup Requirement](#) llenado en la oficina de salud de la escuela de su niño. Si no puede llevar a su hijo a esta examinación requerida, por favor indique la razón en la sección de la parte inferior del formulario *Waiver of Medical Examination/Exención de Examinación Médica*.

Su hijo puede recibir este examen gratis, si él o ella es elegible para Medi-Cal o si su familia llena ciertos requisitos de ingresos. Para información acerca de los requisitos de ingresos y, o para encontrar a un doctor que puede proporcionar el examen de salud infantil, llame al: **(619) 692-8808**.

El directorio de médicos que Proporcionan Servicios del programa Child Health and Disability Prevention Program lo puede encontrarlo si visita el sitio:

<https://www.sandiegocounty.gov/content/dam/sdc/hhsa/programs/phs/MCFHS/CHDP/June%202018%20Provider%20Directory.pdf>

Si tiene preguntas referentes a este requisito, por favor contacte a la enfermera del escuela.

Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Denise Donar, MPH, RN
Enfermera del Distrito de las escuelas (FV, LCH, ME, OK)
(760) 518-7902 denise.donar@eusd.net

Karen Shuff, BSN, RN
Enfermera del Distrito de las escuelas (CAP, ECC, OPE, PDL, PEC)
(760) 504-6465 karen.shuff@eusd.net

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 grado o hasta 90 días después de haber iniciado el primer grado**. Su hijo/a debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su médico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su médico llenará esta forma. Usted deberá entregar esta forma completa a la escuela de su hijo/a.

Si a usted no le es posible pagar el examen, por favor llame al unidad de servicios de salud Infantil, Maternal, y Familiar en el Condado de San Diego (MCFHS, por sus siglas en Ingles) para ver si su hijo/a califica para un examen físico sin costo. MCFHS tambien le puede dar información de seguro médico y dental.

619-692-8808

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (PARENT OR GUARDIAN)				
Apellido del niño/a:		Nombre		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)			Escuela	
Domicilio de casa-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/ Historial de 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)				
Oral Health Screening (Evaluación de salud oral)				
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test (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 AMARILLA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA COMPLETA?)				
LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (MEDICAL PROVIDER)				
Otra información de salud (opcional): Para el bienestar del niño/a, y con el permiso del padre/la madre/el tutor, se recomienda que cualquier tipo de información importante de salud sea compartida con la escuela. <i>Por favor contacte a la enfermera escolar si el niño/a necesita ayuda con sus medicamentos en la escuela.</i>				
<input type="checkbox"/> El padre/la madre/el tutor pide que no se llene la parte III. <input type="checkbox"/> La examinación no reveló condiciones de importancia para la escuela o la actividad física. <input type="checkbox"/> Las condiciones que necesitan una evaluación más profunda o que puede afectar la escuela o actividad física son (por favor explique abajo).				
FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD (WAIVER OF EXAMINATION)				
Nota: Su hijo/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 cómo mi hijo/a puede ser elegible para recibir un examen médico sin costo. <input type="checkbox"/> No deseo que mi hijo/a reciba un examen médico <input type="checkbox"/> Si deseo que mi hijo/a reciba el examen médico, pero me ha sido imposible obtenerlo porque _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <i>Firma del padre/la madre/el tutor</i> <i>Fecha</i> </div>				

County of San Diego, Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans St., Ste. 522, San Diego, CA 92110

Para mas informacion, por favor llame, (619) 692-8808

