

## Student Health Information Sheet

McSwain Union Elementary School District

Date of Registration: (Fecha de Registracion) \_\_\_\_\_ Grade of Student (Grado del Estudiante) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
 Last (Apellido) First (Nombre) Middle

Address: \_\_\_\_\_  
 Street ( calle) P.O. Box  
 City (Ciudad y Estado) State Zip

Personal: \_\_\_\_\_  
 Birth Date (Fecha de nacimiento) Sex  
 Father's Name (Nombre Padre) Mother's Name (Nombre Madre)

### Health History to be Completed and Signed by Parent/Guardian

#### Historial De Salud Paraser Completado Y

|   |                  |   |                  |
|---|------------------|---|------------------|
| Diagnosis of Asthma? Diagnóstico de Asma?<br>Wheezing/Cough with activity? Ronquido ?               | Yes/No<br>Yes/No | Loss of One of Paired Organs?<br>Perdida De uno los pares de Organos?   | Yes/No           |
| Carry Inhaler? Carga Inhalador?<br>Type _____   | Yes/No           | Hospitalizations? Hospitalizaciones?<br>For What & When _____   | Yes/No           |
| Birth Defects? Defectos de Nacimiento?<br>Specify _____   | Yes/No           | Surgery? Cirugia?<br>For What & When _____  | Yes/No           |
| Developmental Delay? Retrasos del Desarrollo?   | Yes/No           | Serious Injury or Illness?<br>Enfermedad o heridas serias?  | Yes/No           |
| Blood Disorders? _____<br>Problemas De La Sangre?   | Yes/No           | TB Skin Test Positive?<br>Prueba positiva de la piel para el TB?  | Yes/No<br>Yes/No |
| Diabetes?   | Yes/No           | Tobacco Use? Uso de Tabaco?   | Yes/No           |
| Head Injury/Concussion? Herida de la Cabeza?  | Yes/No           | Alcohol/Drug Use?<br>Uso de Alcohol? Drogas?  | Yes/No           |
| Seizures? Convulsiones? _____   | Yes/No           | Family History of Sudden Death Before Age 50?<br>Historial Familiar de Muerte repentina antes de los 50 años? | Yes/No           |
| Heart Problems/Short of Breath?<br>Problemas Cardiacos/Falta de Respiracion?                        | Yes/No           | Dental: Braces/Bridge/Plate?<br>Ganchos/Puente/Placa?   | Yes/No           |
| Heart Murmur/High BP?<br>Soplo Cardiaco/Presion Arterial Alta?                                      | Yes/No           | Dental: Other Otro?   | Yes/No           |
| Dizziness/Chest pain with Exercise?<br>Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?                  | Yes/No           | Medication Taken? Medicinas?  | Yes/No           |
| Bone/Joint Problems/Injury? Problemas de los huesos?  | Yes/No           | Allergies? Alergias? _____  | Yes/No           |
| Scoliosis? Escoliosis?  | Yes/No           | Any other Concerns?   | Yes/No           |
| Ear/Hearing Problems? Problemas de Audicion?  | Yes/No           | Otras Preocupaciones?   | Yes/No           |
| Eye/Vision Problems? Glasses/Contacts Last Exam<br>Problemas de ojos/vista? Lentes/Contactos examen | Yes/No           |   |                  |

**Health History Continued: Historial de Salud :**

| <b>HealthCondition(s):<br/>Condiciones de salud;</b>                        | <b>Additional comments: Cometarios adicionales</b> |
|---|--|
| <b>Any medication taken at home?<br/>Medicinas tomadas en casa?</b>         | <b>No Yes: List</b>                                |
| <b>Any medication taken at school?<br/>Medicinas tomadas en la escuela?</b> | <b>No Yes-- List:</b>                              |
|   |  |
|   |  |

**By initialing below:**

I acknowledge that if the emergency care of my child involves medication, I will have a \_\_\_\_\_ Medication at School Authorization form filled out by a physician and turned in to the school office on or before the first day of school.

**Reconozco que si el cuidado de emergencia mi hijo/hija involucra medicamentos, yo he llenado una forma de Autorizacion Medica Escolar con la enfermera de la escuela.**

I authorize the School District, and its employees and agents, to take the action they believe is \_\_\_\_\_ appropriate in an emergency.

Autorizo al Distrito Escolar, y sus empleados y agente, para que tomen la accion que ellos crean apropiada en una emergencia.

I agree to indemnify and hold harmless the School District, and its employees and agents, against \_\_\_\_\_ any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of the emergency care of my child.

Estoy de acuerdo de indemnificar y mantener sin dano al Distrib o Escolar, y sus empleados y agentes. Contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en conducta sin sentido, que surja a raiz del cuidado de emergencia de mi hijo/hija.

\_\_\_\_\_ I authorize this health information to be shared with appropriate school staff.

Autorizo que esta informacion de salud sea compartida con el personal escolar apropiado.

Does your child have school insurance?      Yes      No

Tiene aseguranza escolar su hijo/hija.?      Si      No

Is your child covered by other insurance?      Yes      No

Su hijo/hija tiene cobertura por otra azeguranza?      Si      No

If yes, identify the company and insurance number \_\_\_\_\_

Si tiene, identifiaue ala compania y numero de poliza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent(s) / Guardian(s) Printed Name

\_\_\_\_\_  
Parent(s) / Guardian(s) Signature

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

### Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

#### **Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)**

|                               |  |                             |   |
|-------------------------------|--|-----------------------------|---|
| Primer nombre del menor:      | Apellido:  | Inicial del segundo nombre: | Fecha de nacimiento del menor:  |
| Domicilio:                    |  |                             | Dpto.:  |
| Ciudad:                       |  |                             | Código postal:  |
| Nombre de la escuela:         | Maestro:   | Grado:                      | Sexo del menor:<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Nombre del padre/madre/tutor: | Raza/origen étnico del menor:<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido |                             |   |

#### **Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California**

**[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]**

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

**[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Fecha de la evaluación:<br><br>[Assessment Date:] | Incidencia de caries<br>[Caries Experience]<br><br>(Caries visibles y/o empastes presentes)<br><br>(Visible decay and/or fillings present)<br><br><input type="checkbox"/> Sí [Yes]<br><input type="checkbox"/> No [No] | Caries visibles presentes:<br><br>[Visible Decay Present:]<br><br><input type="checkbox"/> Sí [Yes]<br><input type="checkbox"/> No [No] | Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:]<br><br><input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found]<br><br><input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]<br><br><input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)] |
|---|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional de salud dental matriculado**  
**[Licensed Dental Professional Signature]**

\_\_\_\_\_  
**Número de matrícula de CA**  
**CA License Number**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
**Date]**

**Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental**

**Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.**

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

- Medi-Cal/Denti-Cal    Healthy Families    Healthy Kids    Otro \_\_\_\_\_    Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si pide ser eximido de este requisito: ► \_\_\_\_\_  
*Firma del padre, madre o tutor* *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

**Regrese este formulario a la escuela *antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.***  
*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*

***[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***

## 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           | ___/___/___     |
| TB Risk Assessment and Test, if indicated | ___/___/___     |
| 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 |
| <b>POLIO</b> (OPV or IPV)   |                          |        |       |        |       |
| <b>DtaP/DTP/DT/Td</b> (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only) |                          |        |       |        |       |
| <b>MMR</b> (measles, mumps, and rubella)  |                          |        |       |        |       |
| <b>HIB MENINGITIS</b> (Haemophilus Influenzae B)<br>(Required for child care/preschool only)            |                          |        |       |        |       |
| <b>HEPATITIS B</b>  |                          |        |       |        |       |
| <b>VARICELLA</b> (Chickenpox)   |                          |        |       |        |       |
| OTHER (e.g., TB Test, if indicated)   |                          |        |       |        |       |
| OTHER   |                          |        |       |        |       |

### PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

#### 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)*

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.

\_\_\_\_\_  
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.**

## 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 entregue 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)          | / /             |
| Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis* | / /             |
| 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 |
| <b>POLIO</b> (OPV o IPV)  |                                  |         |         |        |        |
| <b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)                 |                                  |         |         |        |        |
| <b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)  |                                  |         |         |        |        |
| <b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B)<br>(Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente) |                                  |         |         |        |        |
| <b>HEPATITIS B</b>  |                                  |         |         |        |        |
| <b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)   |                                  |         |         |        |        |
| OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)  |                                  |         |         |        |        |
| OTRA  |                                  |         |         |        |        |

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

#### 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)

\*de ser indicado

### 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

\_\_\_\_\_  
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](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)