

BÁO CÁO KỶ THI SỨC KHỎE ĐI HỌC

Để bảo vệ sức khỏe của trẻ em, luật pháp California yêu cầu khám sức khỏe khi nhập học. Xin người khám sức khỏe điền vào bản báo cáo này và nộp lại cho trường. Nhà trường sẽ lưu giữ và bảo mật nó như một thông tin bí mật.

PHẦN I ĐỂ ĐƯỢC PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI BẢO VỆ ĐI ĐI

TÊN CỦA CON — Cuối cùng		Đầu tiên		Ở giữa		NGÀY SINH — Tháng / Ngày / Năm	
ĐỊA CHỈ — Số, Đường			Đô thị		Mã Bưu Chính		TRƯỜNG HỌC

PHẦN II ĐƯỢC CHUYÊN VIÊN KIỂM TRA Y TẾ ĐIỀN**KIỂM TRA SỨC KHỎE**

LƯU Ý: Tất cả các xét nghiệm và đánh giá ngoại trừ xét nghiệm chỉ trong máu phải được thực hiện sau khi trẻ được 4 tuổi 3 tháng.

KIỂM TRA / ĐÁNH GIÁ BẮT BUỘC	NGÀY (mm/dd/yy)
Lịch sử sức khỏe	/ /
Kiểm tra thể chất	/ /
Đánh giá nha khoa	/ /
Đánh giá dinh dưỡng	/ /
Đánh giá phát triển	/ /
Kiểm tra tầm nhìn	/ /
Đo thính lực (thính giác)	/ /
Đánh giá và Xét nghiệm Nguy cơ Lao, nếu được chỉ định	/ /
Xét nghiệm máu (cho bệnh thiếu máu)	/ /
Xét nghiệm nước tiểu	/ /
Kiểm tra chì trong máu	/ /
Khác	/ /

HỒ SƠ CHỪNG NGỪA

Lưu ý cho Giám định viên: Vui lòng cung cấp cho gia đình một Hồ sơ Tiêm chủng California màu vàng đã hoàn chỉnh hoặc cập nhật.

Lưu ý cho Trường học: Vui lòng ghi lại ngày chủng ngừa vào Hồ sơ Tiêm chủng Trường học California màu xanh lam (PM 286).

THUỘC VỀ BƠ CAI	NGÀY MỖI LẦN ĐƯỢC TẶNG				
	Đầu tiên	Thứ hai	Ngày thứ ba	Thứ tư	Thứ năm
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (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)					
KHÁC (e.g., TB Test, if indicated)					
KHÁC					

PHẦN III THÔNG TIN BỔ SUNG TỪ CHUYÊN GIA Y TẾ (không bắt buộc)

và

THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NHÂN VIÊN**KẾT QUẢ VÀ KIẾN NGHỊ**

Điền vào nếu bệnh nhân hoặc người giám hộ đã ký vào bản phát hành thông tin sức khỏe.

- Kiểm tra cho thấy không có điều kiện quan tâm đến các hoạt động chương trình học.
- Các điều kiện được tìm thấy trong bài kiểm tra hoặc sau khi đánh giá thêm có tầm quan trọng đối với việc đi học hoặc hoạt động thể chất là: *(vui lòng giải thích)*

Tôi cho phép người khám sức khỏe chia sẻ thông tin bổ sung về việc khám sức khỏe với nhà trường như đã giải thích trong Phần III.

Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu bạn không muốn người khám sức khỏe điền vào Phần III.

Chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ

Ngày

Tên, địa chỉ, số điện thoại của người khám sức khỏe

Chữ ký của người khám sức khỏe

Ngày

Nếu con bạn không thể đến trường kiểm tra sức khỏe, hãy gọi cho Chương trình Phòng chống Khuyết tật và Sức khỏe Trẻ em (CHDP) tại sở y tế địa phương của bạn. Nếu bạn không muốn con mình kiểm tra sức khỏe, bạn có thể ký vào mẫu đơn từ bỏ (PM 171 B) có tại trường của con bạn.