

Extensión del Examen Medico para Incorporarse a la Escuela

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección _____
Calle Ciudad Código Posta

Escuela _____ Maestro/a _____

Padre/Madre o tutor legal: Por favor complete este formulario si usted quiere excusar a su hijo/a del examen medico requerido por la ley en California para la incorporación a la escuela. **FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA** donde se archivara como información confidencial.

NOTA: El firmar esta exención no excusa a su hijo/a de recibir las vacunas requeridas por la ley en California para los niños en la escuela. Además, el firmar esta exención no excluye a su hijo/a del examen de vista y oído que hace la escuela.

Yo he sido informado sobre el examen de salud recomendado por profesionales de salud y requerido por el estado de California. Yo también he sido informado sobre donde me hijo/a puede recibir un examen de salud gratis.

Por favor marque uno de las opciones:

Opto que mi hijo/a no reciba el examen de salud como requisito de incorporación a la escuela.

Me gustaría que me hijo/a recibiera un examen de salud, pero no puedo obtenerlo.

RAZON: (Vea Código de Salud y Seguridad, Sección 323.5):

Mi hijo/a recibió un examen físico antes de marzo; el próximo examen físico esta fechado para el _____. Yo traeré el formulario CHDP rellenado a la oficina de la escuela.

Firma _____ Fecha _____
Al escribir su nombre en el cuadro, lo acepta como su firma electrónica.