CHILD MEDICAL STATEMENT

Catholic Diocese of Youngstown
Office of Catholic Schools
St. Peter School

Child's Name _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ BP _____

This is to certify that I have examined _____ and have found that he/she:

1. Has had the immunizations required by SECTION 3313.671 of the OHIO REVISED CODE for admission to school, or has had the immunizations required by the OHIO DEPARTMENT OF HEALTH for infants and toddlers, or
   _____ is exempted from these requirements form medical or religious reasons.
   IMMUNIZATION RECORD: Enter month/day/year of each immunization below or attach a copy of the record.

Limitations of health condition (including allergies, medications, dietary restrictions)

HEP B
DTP
POLIO
MMR
HIB
Varicella

*the 5th DTP and 4th Polio should be administered just prior to preschool or school entrance.
* Only one HIB required if given after 15 months of age. Please indicate if 4th HIB is not required.

2. Is free from apparent communicable disease and is in suitable condition to attend a preschool program, based on his/her medical history and physical condition at the time of this examination.

Immunizations		
Complete for age	Yes	No
In Process	Yes	No

Exempt from Immunizations		
Religious conviction	Yes	No
Health concern	Yes	No
Other		

This child has been examined and is in suitable condition to participate in group care.

Signature of examining Physician/Physicians Assistant or Advanced Practice Nurse (circle one) Address: Phone	Date of Exam

Required for children enrolled in an Early Childhood Education Grant Program or Preschool Special Education Program. Optional for other Preschools.

Assessments/Screenings	Completed		Date completed	Reason not completed
Vision	Yes	No		
Hearing	Yes	No		
Dental	Yes	No		
Lead	Yes	No		
Hemoglobin	Yes	No		

Parental Consent for Release of this medical statement:
I, the legal guardian, authorize the release of this medical statement to St. Peter School

X_____ _____

Signature of Legal Parent/Guardian **Date Signed**

Form provided by the Ohio Department of Education that may be used to meet the requirements of Rule 3301-37-05A, C(1) and C(3) of the Ohio Administrative code.

DECLARACIÓN MEDICA DEL NIÑO (A)

Catholic Diocese of Youngstown
Oficina de las Escuelas Católicas
St. Peter School

Nombre del niño (a) _____ Fecha de nacimiento _____

Estatura _____ Peso _____ PA _____

Esto es para certificar que he examinado a _____ y se ha encontrado que él/ella:

1. Ha tenido las inmunizaciones requeridas por la SECCIÓN 3313.671 del Código de Ohio revisado para la admisión escolar, o que ha tendido las inmunizaciones requeridas por el DEPARTAMENTO DE SALUD DE OHIO para infantes y niños pequeños o _____ está exento de los requisitos del formulario por razones médicas o religiosas.
   REGISTRO DE INMUNIZACIONES: Indique mes/día/año de cada inmunización o adjunte copia de registro.

Limitaciones del estado de salud (incluyendo alergias, medicamentos, restricciones dietéticas).

HEP B
DTP
POLIO
MMR
HIB
Varicela

*La 5to DTP y la 4to de Polio deberán administrarse justo antes de asistir al prescolar o del inicio de la Escuela.

* Solo se requiere una dosis de HIB si se es administrada después de los 15 meses de edad. Por favor indique si la 4to de HIB no es requerida.

2. Se encuentra libre de enfermedades infecciosas aparentemente y se encuentra en una condición adecuada para asistir al programa preescolar, de acuerdo a su historial médico y condición física al momento que se realizó este examen.

Inmunizaciones		
Completas según edad	SI	NO
En proceso	SI	NO

Exento de inmunizaciones		
Convicción religiosa	SI	NO
Preocupación de Salud	SI	NO
Otras		

Este niño(a) ha sido examinado y se encuentra en condiciones adecuadas para participar en cuidado de grupo.

Firma del médico que examine/asistente médico o enfermera de practica avanzada. (seleccione una)	Fecha del Exam
Fecha: Teléfono:	

Espacio obligatorio para los niños inscritos en un Programa de becas para la Educación Prescolar o si son parte del Programa de Educación Especial Prescolar. Opcional para otras escuelas prescolares.

Evaluaciones/proyecciones	Completo		Fecha de finalización	Motivo por que no se completó
Visión	SI	NO		
Audición	SI	NO		
Dental	SI	NO		
Plomo	SI	NO		
Hemoglobina	SI	NO		

Consentimiento de los padres/ madres de familia para la divulgación de esta declaración medica:
Yo, el tutor legal, autorizo a la escuela de San Pedro el uso de esta declaración médica.

X_____ _____

Firma del padre/madre o Guardián **Fecha de firma**

Formulario proporcionado por el Departamento de Educación de Ohio que puede utilizarse para cumplir con los requisitos de Regla 3301-37-05, C(3) del código administrativo de Ohio.