

Division of Early Childhood Education

Central Enrollment Center 430 Cleveland Avenue Columbus, OH 43215 Ph. 614.365.5822 Fax 614.365.8745 www.ccsoh.us/earlychildhoodeducation

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

चिकित्सा सम्झाउनी (मेडिकल रिमाइन्डर)

राज्य इजाजतपत्र दिशानिर्देशहरू अनुसार, पृ-स्कूलको प्रत्येक विद्यार्थीले पछिल्लो १२ महिना भित्र गरिएको स्वास्थ्य बाल परीक्षा वा वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरिएको कागजात र स्कूल सुरु गर्नु अघि फाइलमा सबै खोप अद्यावधिक गरिएको खोप रेकर्ड राख्न आवश्यक छ। खोप रेकर्डका अतिरिक्त इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले चिकित्सा फाराम पूरा गरेको हुनुपर्छ।

यदि तपाँईको बच्चालाई स्वास्थ्य बाल परीक्षा वा खोप आवश्यक छ भने, कृपया भेटघाटको तालिका (एप्पोइन्टमेन्ट) बनाउनकालागि सकेसम्म चाँडो वहाँहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा स्कूल आधारित नेसनवइड चिल्ड्रेन्स हस्पिटलका स्वास्थ्य सेवाहरूलाई 614-355-2590 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि कुनै विद्यार्थीलाई गत वर्ष भित्र कल्याण बाल परीक्षाकालागि नेसनवइड चिल्ड्रेन्स हस्पिटलले परीक्षण गरेको भए, अभिभावक/संरक्षकले माइचार्ट खाता (MyChart) मार्फत यो जानकारी अनलाइन पहुँच गर्न सक्नुहन्छ।

तपाँईहरुले खोप रेकर्ड सिहत कल्याण बाल परीक्षा/वार्षिक शारीरिक परीक्षणका कागजात ECEnurses@columbus.kl2.oh.us, मा इमेल गर्न सक्नुहुन्छ वा 614-365-8745 फ्याक्स नम्बरमा फ्याक्स गर्न सक्नुहुन्छ, वा सो कागजात आफ्नो बच्चाका कक्षाकोठा-शिक्षकलाई पठाइदिन सक्नुहुन्छ। हामी यहाँहरुले संलग्न गर्नु भएका सि सि स मेडिकल फाराम, ODJFS मेडिकल फाराम, वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट पिछल्लो १२ मिहना भित्र स्वस्थ बच्चा भेट वा वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरेको कुनै पिन आधिकारिक कागजात स्वीकार गर्न सक्छौं।

तपाँईका विद्यार्थीहरु स्कूल जान सुरु गर्नु भन्दा पहिल्यै हामीसँग वार्षिक शारीरिक परीक्षण गरेको वा स्वस्थ बच्चा परीक्षणका कागजात फाइलमा हुनै पर्नेहुन्छ।



COLUMBUS CITY SCHOOLS HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES

Preschool Medical Form

NOTE: All Pre-Kindergarten children entering Columbus City Schools are required to have medical and dental examinations within the current calendar year. This information is confidential and becomes a part of the student's cumulative record.

Name			Address			
School	Grad	de	Room	Date of Birth		
	FENINO					
HEALTH SCR						
Height	Weight	Vis	ual Acuity:	Right	Left	
D		He	aring Acuity:	Right	Left	
Date of Exam			abismus:	Color vision		
IMMUNIZATIO	N REQUIREMEN	TS:				
	f the Ohio Revised Code io, rubeola, rubella, mum			o be immunize	ed against diphtheria, whooping	
DtaP, DPT, DT						
Polio						
MMR						
Hepatitis B						
Varicella						
Hib						
TB Test	F	Results				
Other						
Other						
PHYSICAL EXAMINATION: Surgical History: Medical History: Current medical diagnosis:			BPOrthoped Chest Lungs Hernia Neurologi	Head and Neck		
Allergies:						
			Urinalysis			
Medications:			Hemoglob			
Medications.			Sickle Ce			
			Serum Le			
			Other Lab	os		
Please indicate a	ny physical activity res	strictions or re	equired adaptatior	ns to physica	al education program:	
free from appare	child's medical hist ent communicable di ation program within	sease and is	in suitable cond		f examination, this child is rollment in an early	
Date of Exam Health Care Provider Signature Phone Provider printed name or stamp						
Phone	Provi	der printed	name or stamp	o		

FAX Form to (614)365-8745