



Division of Early Childhood Education

Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.8745

www.ccssoh.us/earlychildhoodeducation

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

Recordatorio Médico

De acuerdo con las directrices estatales sobre licencias, todos los estudiantes de preescolar deben presentar documentación que acredite que se han sometido a un examen médico infantil o a un chequeo físico anual en los últimos 12 meses, así como un registro de vacunación actualizado antes de comenzar la escuela. El formulario médico debe ser completado por un profesional de la salud con licencia, además del registro de vacunación.

Si su hijo necesita un examen médico preventivo o vacunas, comuníquese con su proveedor de atención médica o con los Servicios de Salud Escolares del Nationwide Children's Hospital al 614-355-2590 lo antes posible para programar una cita. Si un estudiante ha sido atendido en el Nationwide Children's Hospital durante el último año para un examen médico preventivo, el padre/tutor puede acceder a esta información en línea a través de MyChart.

Puede enviar por correo electrónico la documentación del examen médico anual o de bienestar infantil, incluido el registro de vacunas, a ECEnurses@columbus.k12.oh.us, enviarla por fax al 614-365-8745 o entregarla al maestro de su hijo. Aceptamos el formulario médico adjunto de CCS, el formulario médico de ODJFS o cualquier documentación oficial de un proveedor de atención médica que certifique una visita de bienestar infantil o un examen físico anual realizado en los últimos 12 meses.

Debemos tener en nuestros archivos la documentación de un examen físico o de bienestar infantil anual ANTES de que su hijo pueda comenzar a asistir a la escuela.



**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 _____ Grade _____ Room _____ Date of Birth _____

HEALTH SCREENING:

Height _____ Weight _____ Visual Acuity: Right _____ Left _____
Hearing Acuity: Right _____ Left _____
Date of Exam _____ Strabismus: _____ Color vision _____

IMMUNIZATION REQUIREMENTS:

Section 3313.671 of the Ohio Revised Code requires children of school age to be immunized against diphtheria, whooping cough, tetanus, polio, rubeola, rubella, mumps and Hepatitis B.

DtaP, DPT, DT					
Polio					
MMR					
Hepatitis B					
Varicella					
Hib					
TB Test		Results			
Other					
Other					

PHYSICAL EXAMINATION:

Surgical History:

Medical History:

Current medical diagnosis:

Allergies:

Medications:

Head and Neck _____
BP _____
Orthopedic _____
Chest _____ Heart _____
Lungs _____ Abdomen _____
Hernia _____ Extremities _____
Neurological _____
Behavioral/Emotional _____

Urinalysis	
Hemoglobin	
Sickle Cell	
Serum Lead	
Other Labs	

Please indicate any physical activity restrictions or required adaptations to physical education program:

Based upon this child's medical history and physical condition at the time of examination, this child is free from apparent communicable disease and is in suitable condition for enrollment in an early childhood education program within Columbus City Schools.

Date of Exam _____ Health Care Provider Signature _____
Phone _____ Provider printed name or stamp _____

FAX Form to (614)365-8745

Rev. 03/2019

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity/expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities