

**PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH PROGRAMS**

1st GRADE/KINDERGARTEN PHYSICAL EXAMINATION ELIGIBILITY LETTER

Dear Parent/Guardian:

The state of California requires that each child enrolling in the first grade must have a physical examination. Please check below how you plan to meet this state requirement for your child.

CHECK ONE

- 1. ____ School Nurse Practitioner (Paid by state - See School Nurse).
- 3. ____ School Nurse Practitioner (Paid by family - \$40.00 cash only).
- 4. ____ Pasadena Department of Human Services - Health Division.
- 5. ____ Prepaid Health Plan (i.e. Kaiser or other).
- 6. ____ Personal Provider (Forms are available at school office).
- 7. ____ Physical examinations are against my belief. **(Waiver MUST be signed)**

INCOME ELIGIBILITY

- 1. Number of persons in family? _____
- 2. Is the patient:
 - a. On Medi-Cal now? Yes No
 - b. On a Prepaid Health Plan (Kaiser or other)? Yes No
 - c. Does your child receive free/reduced lunch? Yes No

(School)

(Child's Name)

(Parent's Work Phone #)

(Birthdate)

(Parent's Home Phone #)

(Signature of Parent/Guardian)

(Date)

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA
PROGRAMAS DE SALUD**

**CARTA DE ELIGIBILIDAD PARA EXAMEN FISICO
DE PRIMER GRADO/KINDERGARTEN**

Estimado Padre/Tutor:

El estado de California requiere que cada niño matriculado en el primer grado debe tener un examen físico. Por favor marque abajo como planea cumplir con este requerimiento del estado para su hijo/a.

MARQUE UNO ()

1. ____ Enfermera Profesional Escolar (Pagada por el Estado - Vea la Enfermera de la Escuela).
3. ____ Enfermera Profesional Escolar (Pagada por la familia - \$40.00 al contado únicamente).
4. ____ Departamento de Servicios Humanos de Pasadena - División de Salud.
5. ____ Plan de salud pre-pagado (ej. Kaiser u otro).
6. ____ Proveedor Personal (las formas se pueden obtener en la oficina de la Escuela).
7. ____ Los exámenes físicos son en contra de mis creencias. **(Se debe firmar una Renuncia)**

INGRESOS DE ELEGIBILIDAD

1. ¿Número de personas en la familia? _____
2. Está el paciente:
 - a. ¿En Medi-Cal ahora? Sí No
 - b. ¿En un Plan de Salud Prepagado (Kaiser u otro)? Sí No
 - c. ¿Recibe su niño/a almuerzo gratis o de costo reducido? Sí No

(Escuela)	(Nombre del/a Niño/a)
(No. de Tel. del Trabajo del Padre)	(Fecha de Nacimiento)
(No. de Tel. del Hogar del Padre)	(Firma del Padre/Tutor)
	(Fecha)