

PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS INFORME DE EXAMEN FÍSICO
Distrito Escolar de Reedsburg

Estudiante: _____ M F Fecha de Nacimiento: ____ Escuela: _____

Padre: _____ Teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Padre / madre / tutor: Por favor, complete esta página antes de que el examen físico se ha completado

- | | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene su hijo un problema de salud que pueden requerir un <u>Plan de Salud</u> individuo, mientras que él o ella está en la escuela (es decir, convulsiones, diabetes, problemas cardíacos, asma severa, problemas de sangrado, picadura de abeja o la alergia a los alimentos severa, la reacción al látex?) En caso afirmativo, por favor describa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Hay algún tipo de alergia a los alimentos, látex, o la medicación? En caso afirmativo lista reacciones específica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Hay alguna alergia VIDA O MUERTE? En caso afirmativo, por favor describa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Requiere un EPI-PEN? ** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Toma medicina todos los días? En caso afirmativo, por favor, lista de medicina, dosis y frecuencia, y si es necesario tomar en la escuela. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Hay alguna restricción de la actividad física o la educación física en la escuela? En caso afirmativo, describa el tipo, duración y cualquier equipo especial que se utiliza. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Si existen consideraciones nutricionales especiales? En caso afirmativo, describa por favor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Hay otras preocupaciones significativas de historia de la salud que pueden afectar la salud o aprendizaje de su hijo durante el año escolar? (es decir, ADHD, lentes, etcétera) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Un formulario de consentimiento medicamento debe ser llenada para administrar medicamentos en la escuela.

This portion is to be completed by the medical provider.

SCREENING:

Height (in inches) _____

Weight (in pounds) _____

Blood Pressure _____

Results of vision screening (if done) _____

Results of hearing screening (if done) _____

PHYSICAL EXAM: NORMAL ABNORMAL (describe)

PHYSICAL EXAM:	NORMAL	ABNORMAL (describe)
Appearance:		
Skin		
Eyes, ears, nose, throat		
Lymph nodes		
Neck, thyroid		
Heart/pulses		
Lungs		
Abdomen (include hernia)		
Genitourinary		
Gastrointestinal		
Neurological		
Psychological		
Musculoskeletal		

Is the student under treatment for any medical or mental health conditions? No Yes If yes, please specify _____

ASSESSMENT/PLAN:

1. General health: Excellent Good Fair Poor

2. Immunizations given or updated: _____

3. Are there any physical activity restrictions? No Yes If, yes, please specify _____

4. Medications during school day? No Yes ** _____

5. Examiner's comments/other recommendations: _____

Signature/Title of Health Examiner: _____ Date: _____

Printed or Typed Name of Examiner: _____

Address of Examiner: _____ Phone Number: _____

** A medication request/consent form must be completed for school staff to administer medication at school.