

## EXAMEN FÍSICO

Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor: Por favor, complete esta página antes de que el examen físico se haya completado.**

1. ¿Tiene su hijo/a un problema de salud que pueda requerir un Plan de Salud individuo, mientras que el o ella está en la escuela (convulsiones, diabetes, problemas, cardíacos, asma severa, problemas de sangrado, alergia severa a las picaduras de abeja o a los alimentos, alguna reacción al látex)?

**Sí**  **No**  En caso afirmativo, por favor describa.

2. ¿Hay algún tipo de alergia a los alimentos, las picaduras de abeja, o látex?

¿Hay alguna alergia de vida o muerte?

**Sí**  **No**  En caso afirmativo liste reacciones específicas.

¿Requiere un EpiPen? \*

**Sí**  **No**

3. ¿Toma medicina todos los días?

**Sí**  **No**  En caso afirmativo, por favor, liste el nombre de la medicina, dosis, frecuencia, y si es necesario tomar en la escuela. \*

4. ¿Hay alguna restricción de la actividad física o la educación física en la escuela?

**Sí**  **No**  En caso afirmativo, describa el tipo, duración y cualquier equipo especial que se utiliza.

5. ¿Existen consideraciones nutricionales especiales?

**Sí**  **No**  En caso afirmativo, describa por favor.

6. ¿Hay otras preocupaciones de historia de la salud que pueden afectar la salud o aprendizaje de su hijo?

**Sí**  **No**  En caso afirmativo, describa por favor.

**\*Un formulario de consentimiento medicamento debe ser llenado para administrar medicamentos en la escuela.**