

DISTRITO ESCOLAR DE OMRO

Record de Examinación Física

Esta hoja debe ser completada por el doctor de su hijo (a)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M\_\_\_\_  
F\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Vacunas: Por favor indique el mes, el día y el año.

|                           |          |          |          |          |          |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Difteria                  | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Polio                     | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Paperas/Sarampión/Rubéola | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Hepatitis B               | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Varicela                  | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| Otras Vacunas?            |          |          |          |          |          |

**Condición médica del alumno (a) que pueda ser de preocupación para las autoridades de la escuela.** Por favor incluya abajo cualquier infección frecuente o crónica, enfermedades significantes o serias en el pasado, condiciones de la piel, epilepsia, diabetes, asma, desmayos, problemas de la vista o del oído, defectos congénitos o anomalías adquiridas, problemas emocionales, problemas de comportamiento, etc.

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Visión: Ojo Derecha 20/ \_\_\_\_\_, Ojo Izquierdo 20/ \_\_\_\_\_

Auditivo: Oído Derecho \_\_\_\_\_, Oído Izquierdo \_\_\_\_\_

Actividad de Educación Física  
\_\_\_\_\_ No restricciones \_\_\_\_\_ Restricciones parciales, sea específico  
\_\_\_\_\_ Exclusión completa de esta Actividad

Está su hijo (a) tomando medicamento o va a tomar medicamento durante el día de la escuela?

Si dice que sí, indique el nombre de la medicina y el tiempo de tomarla. Cualquier medicamento que es dado durante el día de escuela requiere que usted complete una forma de permiso para tener en los archivos de la escuela.

Indique con el fin de checar en el futuro cualquier cuidado de salud adicional que se necesite: Incluya cirugías, medicamento, dental, tratamiento emocional, otras vacunas, etc.

Recomendaciones: (por ejemplo, lugar de asiento especial en la clase para los problemas de la vista y el oído)

Alergias: Por favor identifique alergias específicas y las reacciones del paciente a estas alergias.

Hay un tratamiento específico que se necesita en caso de que una reacción alérgica ocurra? Si dice que sí, por favor escribalo abajo:

Me gustaría que la enfermera de la escuela ( ), el professor ( ), el professor de Educación Física ( ) se comuniquen conmigo acerca de mi hijo (a).

Fecha del examen \_\_\_\_\_ Firma del doctor examinador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_