Informe de examen físico

PADRE/TUTOR: Este formulario se proporciona para su conveniencia y la del proveedor de atención médica de su hijo para cumplir con el requisito de examen físico en las escuelas de Nebraska. La ley no exige ningún formulario específico. La información proporcionada aquí puede compartirse con el personal de la escuela según sea necesario para promover la seguridad y el éxito educativo de su hijo.

Al firmar a continuación, el padre/tutor de _____ **da su consentimiento para que**
Nombre del estudiante

la divulgación de la información médica y de salud contenida en este documento se divulgue a _____
Nombre de la escuela

_____ _____ _____
Firma **Nombre en letra de imprenta/relación con el estudiante** **Fecha**

Nombre del estudiante:	Escuela:	Grado:
	Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F

Nombre del médico:

HALLAZGOS FÍSICOS (úselo para comentarios o recomendaciones)

Altura:	Peso:
Presión sanguínea:	Pulso:

Informe de detección audiométrica

	500	1000	2000	4000
RE				
LE				

Adjunte el historial/informe de vacunación.

Informe de Evaluación Visual	APROBADO	REPROBADO	Evaluación adicional recomendada
Ambliopía	☐	☐	☐
Estrabismo Salud	☐	☐	☐
Ocular Interna	☐	☐	☐
Salud Ocular Externa	☐	☐	☐
Agudeza Visual	☐	☐	☐

20 pies: Derecha 20/____ Izquierda 20/____ con/sin gafas

16 pulgadas: Derecha 20/____ Izquierda 20/_____ con/sin gafas

Médico	**Normal**	**Hallazgos Anormales**
Ojos/oídos/nariz/garganta	☐	☐
Cardiovascular (nótese soplo si está presente)	☐	☐
Pulmonar	☐	☐
Abdomen	☐	☐
Piel	☐	☐
Musculoesquelético	☐	☐
	☐	☐
Problemas genitales/urinarios ☐ Sí	☐ No	☐ Diferido

Medicación necesaria en una rutina diaria o episódica:

Por favor, compruebe la certificación

☐ Certificado: El estudiante ha aprobado el examen físico con éxito y es físicamente capaz de participar en atletismo interescolar.
Actividades en las que el estudiante **no** debe participar:_____

Hallazgos significativos/problemas de salud crónicos_____

Su firma a continuación indica la finalización del examen físico y la revisión del historial médico.

Fecha_____ Firmado _____
Médico examinador (se requiere firma)

Nombre de la clínica/consultorio (en letra de imprenta)_____Teléfono del médico_____

Dirección del médico _____

Regrese a la Oficina de Salud Escolar cuando esté completo