

Nombre de la escuela (si lo desea) _____

La junta escolar requerirá evidencia de (a) un examen físico realizado por parte de un médico, un asistente médico o una enfermera graduada registrada y avanzada... en los seis meses anteriores a la entrada del niño en el grado inicial y en el séptimo grado o, en el caso de una transferencia desde fuera del estado, a cualquier otro grado de la escuela local; y (b) para el año escolar 2006-07 y todos los años posteriores, una evaluación de la visión por parte de un médico, asistente médico, una enfermera registrada graduada y avanzada o un optometrista en los seis meses anteriores a la entrada del niño en el grado inicial o, en el caso de una transferencia desde fuera del estado, a cualquier otro grado de la escuela local, que consiste en chequear si se padece de ambliopía, estrabismo y la salud ocular interna y externa, con pruebas suficientes para determinar la agudeza visual, excepto que no se requerirá tal examen físico o evaluación visual de ningún niño cuyos padres o guardianes se opongan por escrito. El costo de dicho examen físico y evaluación visual correrá a cargo del padre o guardian(a) de cada niño examinado. Estatutos revisados de Nebraska 79-214 (extracto). **PADRE O GUARDIAN: este formulario se le proporciona para que usted y el proveedor de atención médica de su hijo cumplan con los requisitos del examen físico en las escuelas de Nebraska. El estatuto no exige un formulario específico. La información proporcionada aquí se puede compartir 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 o guardián(a) de _____ **Nombre del estudiante** está consiente que se divulgue la información médica y de salud contenida en el presente documento para que se le divulgue a _____ **Nombre de la escuela**

Firma	Nombre en letra de imprenta y relación con el estudiante	Fecha
Nombre del estudiante	Escuela	Grado
Dirección del estudiante	Código postal	Edad
Nombre del médico	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

HALLAZGOS FÍSICOS (utilícelo para hacer comentarios o recomendaciones)

Estatura	Peso	Médico	Normal	Hallazgos anormales															
Presión arterial	Pulso		Apariencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Análisis de orina		Oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Hemoglobina o hematocritos		Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Informe de revisión audiométrica		Corazón (observe si presenta soplo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Pulso (inc. Femoral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">500</td> <td style="text-align:center;">1000</td> <td style="text-align:center;">2000</td> <td style="text-align:center;">4000</td> </tr> <tr> <td>AD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		500	1000	2000	4000	AD					AS						Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	500	1000	2000	4000															
AD																			
AS																			
		Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Vacunas administradas durante la visita de hoy:		Musculoesquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos y tos ferina <input type="checkbox"/> Tétanos y difteria <input type="checkbox"/> Polio		Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas y rubéola <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicela		Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> Otra (enumere) _____		Hombro y brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<i>(Adjunte una copia del registro de vacunación en el expediente).</i>		Muñeca y mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Codo y antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Cadera y muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Pierna y tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
		Evidencia de escoliosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																	
		Evidencia de hernía <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																	
		Estigmas del síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																	

Medicamentos requeridos de rutina diaria o episódica:

Por favor, compruebe la categoría

Regular: el estudiante puede participar en el programa regular de educación física, recreación, campeonatos dentro de la escuela, atletismo o actividades relacionadas sin riesgos ni lesiones indebidos

Adaptado: el estudiante tiene una condición por la cual podría correr el riesgo de sufrir lesiones si participa en el programa regular, o necesita un programa especial adaptado según lo indicado por el médico a quien se le consulta. Vuelva a examinar anualmente.

Exempt: El estudiante exento tiene una discapacidad grave y podría correr el riesgo de sufrir lesiones si participa en los programas regulares o con adaptaciones. Estos estudiantes deben ser reexaminados para ver si se les puede reclasificar al final del período de exención.

Por favor, verifique la certificación (aprobación de su médico)

Certificado: el estudiante ha superado el examen físico exitosamente y puede participar físicamente en las actividades de atletismo interestudiantil. Actividades en las cuales el estudiante **no** debe participar: _____

Hallazgos significativos o 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 de la firma)

Nombre de la clínica o consultante (por favor, en letra imprenta) _____ Teléfono del médico _____

Dirección del médico _____
Regrese a la oficina de salud