



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Exam Físico de ingreso Escolar

A COMPLETAR POR DE LOS PADRES _____

Nobre del estudiante (apellido(s), nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

GÉNERO F M Domicilio _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre del padre, madre o tutor _____ Teléfono de casa _____

Marque las enfermedades que tenga su hijo.

Trastorno por Déficit de Atenció o por Déficit de Atenció e Hiperactividad (ADD/ADHD por sus siglas en inglés)

Alergias Fibrosis quística Enfermedad Coronaria Anemia Drepanocítica

Asma Diabetes Enfermedad Renal Trastorno Visual

Alergia a Picaduras de Abeja Transtorno Gastrointestinal Trastorno Neurológico

Varicela (fecha _____) Pérdida Auditiva Convulsione

Otra _____

Haga un Resumen de los Accidentes, Operaciones o enfermedades Graves de su Hijo _____

Enumere los Medicamentos que su Hijo Toma con Regularidad _____

Firma del Padre, Madre o Tutor _____ Fecha _____

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN _____

HT _____ WT _____ Bp _____ LEAD TEST: Date ____/____/____ Capillary or Venous Result _____

**Lead testing only if physician deems applicable*

	NORMAL	ABNORMAL	REMARKS
Eyes			Vision RT LT
ENT			
Lungs			
Heart			
Abdomen			
Hernia			
Extremities			
Neuro			
Skin			

Other Conditions/disabilities _____

Urine (if applicable) Alb _____ Sugar _____ Should child be restricted from any activities? YES NO If yes Explain

Physician's Signature _____ Date _____