

# Physical Exam Form - Formulario de examen físico

(Student Name) Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

(School) Colegio: \_\_\_\_\_ (Grade) Grado: \_\_\_\_\_ (DOB) Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardián: \_\_\_\_\_

**A los padres: Nuestra escuela tiene un programa de salud que está diseñado para mejorar, proteger y promover la salud de cada niño. Como parte de nuestro programa de salud, lo alentamos a que lleve a su hijo al médico de su elección lo antes posible para un examen de salud y cualquier tratamiento necesario. Cuando se complete el examen y el tratamiento y el médico haya firmado este formulario, devuélvase al Distrito Escolar de Jefferson.**

Describa cualquier problema físico, de comportamiento, de desarrollo o emocional que el padre/tutor tenga con respecto a este niño: \_\_\_\_\_

Medical condition(s) of significance as observed by the health examiner:

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Laboratory

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_

Hemoglobin/Hematocrit: \_\_\_\_\_ Urinalysis: \_\_\_\_\_

Vision: Both: 20/\_\_\_\_ Right: 20/\_\_\_\_ Left: 20/\_\_\_\_

Hearing: Right Ear: \_\_\_\_\_ @1000 \_\_\_\_\_ @2000 \_\_\_\_\_ @4000

Left Ear: \_\_\_\_\_ @1000 \_\_\_\_\_ @2000 \_\_\_\_\_ @4000

\*\*\*\*\*

### Physical Assessment

	WNL	ABN		WNL	ABN
General Appearance			Teeth		
Skin			Lungs		
Eyes			Heart		
Ears			Abdomen		
Nose, mouth, throat			GU/GYN		
Lymph nodes			Musculoskeletal		
Thyroid			Gait/Posture		

Any restrictions in activity? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No If yes, please indicate restrictions below:

\_\_\_\_\_

Immunizations given: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

**Name of Health Examiner:** \_\_\_\_\_

**Signature of Health Examiner:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Medical Facility Name and Address:** \_\_\_\_\_