

Districto Escolar de Sauk Prairie
Forma de Examen Fisico

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Escuela: _____

APADRE/GUARDIAN: Nos urge que lleve a su hijo (a) al doctor, para que le realicen un examen fisico, vacunas, y cualquier recomendación de cuidados antes que comience la escuela. Cuando la evaluación este completa, favor de regresar esta forma a la escuela.

HISTORIA DE VACUNAS (FECHAS EXACTAS SON REQUERIDAS) INCLUYA CUALQUIER DOSIS ADMINISTRADA HOY. FAVOR DE ADJUNTAR LOS REGISTROS ACTUALES.

Aspecto General el Dfa de Hoy

Altura: _____ Peso: _____ Presion de Sangre: _____ Otro VS o LAB: _____

Resultados del examen de vista, si le hicieron **alguno**: _____ Lentes o No o Si Resultados del examen de oído, si le hicieron alguno: _____

Piel _____ Ojos, _____ Orejas, _____ Nariz, _____ Boca _____ Garganta _____ Dientes _____

Respiratorio _____ Cardiovascular _____ Gastrointestinal _____ Genitourinario _____

Muscular/Esqueleto _____ Neurológico _____

Este niño (a) tiene algun problema de salud que pueda requerir de ACCION DE EMERGENCIA mientras el/ella esta en la escuela (como desorden de ataques, diabetes, problemas del corazón, asma severo, problemas de sangrado, picadura de abeja o alergias severas de comida)? o No o Si

Si su respuesta es sí, describa: _____

1. Enliste cualquier alergia y su reacción (es) específica(s): _____
2. (Algunas de estas alergias pueden AMENAZAR CON LA VIDA DEL NIÑO? o No o Si Si su respuesta es sí, por favor describa: _____
3. (Este estudiante necesita una EPI Pen? o No o Si
4. ¿Esta este estudiante tomando algun medicamento? o No o Si Si su respuesta es sí, favor de enlistar la medicina, dosis y frecuencia •
_____ •una forma de orden para medicina debe ser llenada para que le personal escolar pueda administrar la medicina en la escuela . .
5. (Existen algunas restricciones para actividad fisica o educación física en la escuela? o No o Si Si su respuesta es sí, describa la naturaleza, duración, y equipo especial

6. (Necesita este estudiante consideración especial en su nutrición? o No o Si Si su respuesta es sí, por favor describa: _____
7. Existen otros significantes resultados en los exámenes, historia familiar o de salud o revision de sistemas que puedan impactar la salud de su hijo (a) o aprendizaje durante el año escolar. o No o Si Si su respuesta es sí, por favor describa: _____

Otros Comentarios: _____

Firma del examinador: _____ Fecha de Examen: _____

NomhrP ImrrPso rpl Fxnmilrlnr: _____ Numero de telefono: _____

Dirección: _____ Numero de Fax: _____

Padres: Favor de llenar esta sección en esta forma. El doctor deberá llenar la sección de arriba durante el examen físico.

REGISTRO DE ENFERMEDADES

Proporcione las fechas (si es posible) o marque si su hijo (a) ha tenido alguna (s) de las siguientes enfermedades/condiciones.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (Describa abajo) | <input type="checkbox"/> Infección de Oído | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentes | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los huesos y articulaciones | <input type="checkbox"/> Hernia | (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Salpullido | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Influenza (gripe) | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____ |
| | <input type="checkbox"/> Neumonía | |

¿Le han realizado a su hijo (a) algún examen para la tuberculosis (TB)? No Si
 Si su respuesta es sí, Fecha _____ Resultados _____

¿Le han realizado examen de rayos X a su hijo (a)? No Si Si su respuesta es sí, Fecha _____ Resultados _____

REPORTE DE LOS PADRES SOBRE LESIONES Y OPERACIONES

Lesiones	Operaciones

Si Ud. tiene alguna pregunta, favor de contactar a la enfermera de la escuela al 643-5509.

<input type="checkbox"/> Sauk Prairie High School 105 9th St., Prairie Du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-5900 Fax: 608-643-5419	<input type="checkbox"/> Sauk Prairie Middle School 207 Maple St., Sauk City, WI 53583 Ph.: 608-643-5500 Fax: 608-643-5503	<input type="checkbox"/> Bridges Elem. School 1200 Broadway St., Prairie Du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-1838 Fax: 608-643-1849	<input type="checkbox"/> Grand Ave. Elem. School 225 Grand Ave., Prairie Du Sac, WI 53583 Ph.: 608-643-1900 Fax: 608-643-1957	<input type="checkbox"/> Merrimac Comm. Charter School 360 School St., Merrimac, WI 53561 Ph.: 608-643-1995 Fax: 608-493-2895	<input type="checkbox"/> Tower Rock Elem. School S9033 Denzer Rd., Prairie Du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-1997 Fax: 608-544-5801
---	--	---	---	---	---