



Registro de examen físico

Grado _____

Apellido Nombre

Fecha de nacimiento

Teléfono

Dirección del padre / tutor

Dirección del proveedor examinador

INMUNIZACIONES: DEBE adjuntarse el registro completo de vacunación en orden para que este formulario sea válido.

Si nació fuera de los EE. UU., Debe hacerse la prueba de TB / Mantoux si se considera que el país de origen tiene alto riesgo de exposición a la tuberculosis por el Departamento de Salud de NJ.
(Prueba de Mantoux si corresponde)

Probado el _____ **Leído el** _____ **Resultado (mm)** _____

EXAMEN:

Visión: R 20 / _____ L 20 / _____ Corregido S / N

Audiencia: R Pass / Fail L Pass / Fail Presencia de escoliosis: S / N

Estatura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____

Orejas (otoscópicas) _____

Sistema nervioso _____

Ojos _____

Genitourinario _____

Linfático _____

Ortopédico _____

Tiroides _____

Piel _____

Nariz _____

Manos _____

Garganta _____

Pies _____

Dientes-boca _____

Discurso _____

Corazón _____

Apariencia general _____

Pulmones _____

Otro _____

Abdomen _____

CONTINUACIÓ

REGISTRO DE EXAMEN FÍSICO

HISTORIAL MÉDICO

Alergias _____	Enfermedades del corazón _____
Condiciones congénitas _____	Otitis media _____
Sensibilidad a las drogas _____	Infecciones estreptocócicas _____
Hepatitis _____	Mononucleosis _____
Condiciones neuromusculares _____	Oncológicas _____
Asma _____	Operaciones _____
Historial / fecha de varicela _____	Fracturas _____
Diabetes _____	Lesiones significativas _____
Condiciones de salud mental _____	Hospitalizaciones _____

Otro _____	

Medicamentos _____	

HALLAZGOS DEL PROVEEDOR PERTINENTES A LA ESCUELA

Clasificación de la actividad física _____

Programa de trabajo académico completo _____

Seguimiento y notas _____

Firma del médico / proveedor

Fecha del examen

Escriba el nombre del médico / proveedor