BRIDGEWATER-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT

Formulario de examen físico rutinario

Nombre del estudiante ___________________________ Fecha de Nac.: ____________ Edad: _____ Sexo: _____

Escuela: ____ Grado: __________ Salón hogar: ____________

Dirección: ___________________________ ___________________________ Teléfono: ____________________
(calle) (Ciudad, estado, código postal)

Médico: _________________________________ Teléfono: __________________ Fax: ____________________

HISTORIAL MÉDICO PREVIO: Llenado por el padre/tutor y revisado por el doctor.

☐ Rinitis alérgica	☐ Varicela	☐ Dolor de oído	☐ Hipertensión	☐ Fiebre Reumática
☐ Anemia	☐ Resfriados frec.	☐ Desmayo	☐ Cálculos renales	☐ Convulsiones
☐ Ansiedad	☐ Colitis	☐ Cálculos biliares	☐ Migrañas	☐ Enfermedad de tiroides
☐ Asma	☐ Depresión	☐ Hepatitis	☐ Mononucleosis	☐ Tuberculosis
☐ Cáncer	☐ Diabetes	☐ Hernia hiatal	☐ Pancreatitis	☐ _____________

Otro/explicar: ____

____

Alergias: ____

____

Medicamentos actualmente en uso: ____

____

HISTORIAL QUIRÚRGICO PREVIO: ☐ Amigdalectomía ☐ Apendectomía ☐ Colecistectomía

☐ Herniorrafía ☐ Otro ______________________________

____

____

Los padres dan permiso a la enfermera de la escuela para compartir información médica con el personal de la escuela según sea necesario.

____ ______________________
Firma del padre/tutor Fecha

Student's Name ______________________ D.O.B. _________Grade: _____Homeroom: _________

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LLENADA POR EL DOCTOR O PROVEEDOR MÉDICO

VACUNAS: FAVOR ADJUNTE COPIA DE INMUNIZACIONES ACTUALES.

Height: ______ Weight: _________ Blood Pressure: _________ / ________ Pulse: _________ bpm ___________
Vision: R 20/ ________ L 20/ __________ Corrected: Yes / No Contacts: Yes / No Glasses: Yes / No
Pupils: Equal_______ Unequal _______ Hearing: R ___________ L____________

Indicators	Normal		Abnormal Findings	Initials
Head/Neck	☐ Yes	☐ No		
Eyes / Sclera /Pupils	☐ Yes	☐ No		
Ears	☐ Yes	☐ No		
Nose / Mouth / Throat	☐ Yes	☐ No		
Heart: Murmur / Rhythm	☐ Yes	☐ No		
Lungs: Auscultation/Percussion	☐ Yes	☐ No		
Chest Contour	☐ Yes	☐ No		
Skin	☐ Yes	☐ No		
Abdomen: Assessment (include liver, spleen)	☐ Yes	☐ No		
Tanner Stage: Testes/Onset of Menses	☐ Yes	☐ No		
Hernia	☐ Yes	☐ No		
Neck/Back/Spine: Range of Motion	☐ Yes	☐ No		
Scoliosis	☐ Yes	☐ No		
Upper Extremities	☐ Yes	☐ No		
Lower Extremities	☐ Yes	☐ No		
Neurological: Balance & Coordination Romberg	☐ Yes ☐ Yes	☐ No ☐ No		
Heel Walk	☐ Yes	☐ No		
Tandem Walk	☐ Yes	☐ No		
Toe Walk	☐ Yes	☐ No		
Nose Touch	☐ Yes	☐ No		

Allergies:

Additional observations:

CLEARANCE: A. Student can participate in Physical Education: ☐ Yes ☐No

B. ***NOT CLEARED*** for Physical Education:

Diagnosis: ____

Recommendations: ____

Provider's Signature: ____________________________

Date of Exam: ________________________________

Physician/Provider's Stamp