



Forma de Examen Físico

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

EXÁMENES		PRUEBAS		MEDICIONES		
Indicar Normal (N) o Anormal (A) Si es Anormal incluir comentarios		Indicar Normal (N) o Anormal (A) Si es Anormal incluir comentarios		Indicar valores exactos		
Piel _____	Pulmones _____	Hemoglobina _____	Presión Arterial _____			
Ojos _____	Abdomen _____	Orina _____	Estatura _____			
Oídos _____	Genitales/Sist. Urinario _____	Otros _____	Peso _____			
Nariz _____	Ortopedia/Pies _____	(Especificar) _____	Visión _____	D 20/	I 20/	
Boca _____	Neurológico _____		¿Usa Lentes?	Sí	No	
Garganta _____	Lenguaje/Habla _____		Audición _____	D	I	
Cuello _____	Otros (Especificar) _____		¿Usa audífonos?	Si	No	

CLASIFICACIÓN MÉDICA PARA EL PROGRAMA ESCOLAR

- Tiene excelente salud y puede participar en todo el programa escolar.
 Hay una condición la cual podría limitar su participación. (Marque con un círculo)

Actividades en la sala de clase _____ Educación Física _____

Terapias y Medicamentos regulares: (Especificar tipo y dosis) _____

Alergia(s): _____

Comentarios: _____

Firma y Título del Examinador _____

Fecha _____ Teléfono del Examinador _____

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Por favor use la parte de atrás para documentar
todas las vacunas /inmunizaciones**