

BRIDGEWATER-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT
1st-12th GRADE – HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Fecha del último examen físico: _____

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

Escuela: _____ Grado: _____ Salón hogar: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
(Calle) (Ciudad, Estado, Código Postal)

Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA: Llenado por el padre/tutor y revisado por el doctor.

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Resfriados frec. | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> _____ |

Otro/explicar: _____

Alergias: _____

Medicamentos actualmente en uso: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO PREVIO: Amigdalectomía Apendectomía Colectomía
 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

PHYSICIAN EVALUATION FORM

Student's Name: _____ D.O.B. _____ Grade: _____ Homeroom: _____

FOLLOWING INFORMATION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR MEDICAL PROVIDER

IMMUNIZATIONS: PLEASE ATTACH COPY OF CURRENT IMMUNIZATIONS.

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	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Eyes / Sclera / Pupils	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Ears	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Nose / Mouth / Throat	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Heart: Murmur / Rhythm	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Lungs: Auscultation/Percussion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Chest Contour	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Skin	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Abdomen: Assessment (include liver, spleen)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Tanner Stage: Testes/Onset of Menses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Hernia	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Neck/Back/Spine: Range of Motion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Scoliosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Upper Extremities	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Lower Extremities	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Neurological: Balance & Coordination	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Romberg	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Heel Walk	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Tandem Walk	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Toe Walk	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Nose Touch	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Additional observations: _____ _____				

CLEARANCE: A. Student may participate in Physical Education: Yes No

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

Diagnosis: _____

Recommendations: _____

Provider's Signature: _____

Date of Exam: _____

Physician/Provider Stamp