



South Bend Community School Corporation School Entry Physical Examination

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN/A PADRE/MADRE/GUARDIÁN LEGAL

Nombre del estudiante _____
(apellido/s) (nombre)

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ GÉNERO [] F [] M

Domicilio _____

Nombre de padre/madre/guardián legal _____ Teléfono _____

Escuela _____ Grado _____

Marque las condiciones de salud que hayan afectado a su hijo/a:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> fibrosis quística | <input type="checkbox"/> condición cardíaca | <input type="checkbox"/> anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> trastorno renal | <input type="checkbox"/> impedimento visual |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> alergia a comida | <input type="checkbox"/> malignidad | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> alergia a picadura de abeja | <input type="checkbox"/> trastorno gastrointestinal | <input type="checkbox"/> trastorno neurológico | |
| <input type="checkbox"/> varicela (fecha _____) | <input type="checkbox"/> pérdida de audición | <input type="checkbox"/> convulsiones | |

¿SU HIJO/A HA SIDO EXAMINADO/A PARA DETECTAR PLOMO? (Sí/No) *Si la respuesta es no, ¡SBCSC requiere un examen de detección de plomo en niños menores de 6 años antes de inscribirse en la escuela! Pregúntele a su proveedor de cuidado de salud, o comuníquese con el Departamento de Salud del Condado de St. Joseph llamando al 574-235-9750, ext. 7923 para recibir información acerca del examen de plomo.*

Escriba un breve resumen de serios accidentes, cirugías, y/o condiciones de salud que haya tenido su hijo/a:

Escriba el nombre de medicamentos que su hijo/a toma regularmente:

Firma de padre/madre/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER (please print)

Date of Exam: _____ HT _____ WT _____ B/P _____

	<i>NORM.</i>	<i>ABNORM.</i>	<i>REMARKS</i>
Eyes			Vision: RT LT
ENT			
Lungs			
Heart			
Abdomen			
Hernia			
Extremities			
Neuro			
Skin			

Test/Lab Results:

LEAD TEST: Date ___/___/___ capillary or venous Result: _____

Urine (*if applicable*): Alb ____ Sugar ____

Other conditions/disabilities:

Should child be restricted from any activities, including PE and recess? yes no

If yes, explain:

Healthcare Provider Name (Print): _____

Healthcare Provider Phone Number: _____

Healthcare Provider Signature: _____ Date: _____