

Escuelas de  
Pickerington  
**Formulario de examen**  
**físico**

Para estudiantes de nuevo ingreso inscritos en jardín de infantes o 1er grado. Pida al proveedor de atención médica de su hijo que complete este formulario y lo devuelva al edificio escolar asignado a su hijo. **Su hijo no podrá asistir a la escuela hasta que este formulario haya sido firmado y devuelto a la escuela el 1 de agosto o antes.**

Nombre del estudiante:		Sexo:	Fecha de nacimiento:	Fecha del examen:
Estatura:	Peso:	IMC:	Presión arterial:	

**Vista, oído y habla y lenguaje**

Fecha de prueba de la vista:			Fecha de prueba del oído:		
Agudeza visual a distancia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/>	Tono puro: oído derecho	<input type="checkbox"/> Pasa	<input type="checkbox"/> No pasa
Equilibrio muscular	<input type="checkbox"/> Pasa	<input type="checkbox"/> No pasa	Tono puro: oído izquierdo	<input type="checkbox"/> Pasa	<input type="checkbox"/> No pasa
Estereopsis	<input type="checkbox"/> Pasa	<input type="checkbox"/> No pasa	¿El niño usa aparatos auditivos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Color	<input type="checkbox"/> Pasa	<input type="checkbox"/> No pasa	¿El niño está en tratamiento con un especialista en audición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El niño usa lentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se hizo referencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se hizo prueba con lentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
¿Se hizo referencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Fecha de prueba de habla y lenguaje:	<input type="checkbox"/>	Evaluación del habla completada:	Sí	No
El niño no tiene ningún problema perceptible en el habla	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Se recomienda una evaluación del habla	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
				El niño tiene un posible problema con:

**Conteste la página 2. Todas las páginas deben estar contestadas antes de enviar este formulario a la escuela de su hijo/a**

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

### Historial médico

Enfermedad, lesión, cirugía: Enumere cualquier enfermedad, lesión o cirugía grave o crónica.

---

---

Medicamentos que actualmente toma: Con receta, de venta libre, suplementos.

---

Alergias: Anote cualquier alergia y el tratamiento recomendado.

---

Examen físico: Indique la fecha del examen físico más reciente del niño.

Resultados:

- Básicamente normal
- Las siguientes alteraciones:

---

¿El niño puede participar plenamente en:

Clases y actividades académicas    Sí    No    Clases de educación física:    Sí    No

Si se aconsejan limitaciones, especifíquelas:

---

¿Tiene este niño algún problema físico, de desarrollo o de comportamiento que pueda afectar a su proceso educativo?

---

**Historial de vacunación: Adjunte el historial de vacunación de su hijo. Sin una prueba de las vacunas requeridas por el Departamento de Salud de Ohio o una exención válida, su hijo no podrá asistir a la escuela.**

Firma del proveedor de servicios de salud: \_\_\_\_\_ Nombre: \_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_