pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Oficina de Sistemas de salud comunitarios
División de salud escolar

Examen físico
PRIVADO O ESCOLAR
DEL ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

PADRE/MADRE/TUTOR/ALUMNO:
Complete la primera página de este formulario antes del examen del alumno. Lleve el formulario completo a la cita.

Nombre del alumno _____ Fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____ Edad al momento del examen _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? ☐ No ☐ Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas).

☐ Medicamentos ☐ Polen ☐ Alimentos ☐ Picaduras de insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas SÍ o NO; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuesta desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nómbrela: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infección Otra _____		
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?		
3. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
4. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?		
5. ¿Ha tenido antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (si es hombre), el bazo o algún otro órgano, o no tiene alguno de estos órganos en la actualidad?		
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal mientras hacía ejercicio expuesto al calor?		
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?		
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza al hacer ejercicio?		
9. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?		
10. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?		
11. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?		
12. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?		
13. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?		
14. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?		
15. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?		
CORAZÓN/PULMONES: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
16. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
17. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Soplo cardíaco o infección cardíaca ☐ Hipertensión arterial ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Colesterol alto ☐ Otro_____		
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).		
19. ¿Ha tenido tos, jadeo, dificultad al respirar, falta de aliento o se ha sentido mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
20. ¿Ha sentido malestar, dolor, sensación de ahogo u opresión en el pecho durante el ejercicio?		
21. ¿Ha sentido que el corazón se acelera o saltea latidos durante el ejercicio?		
HUESOS/ARTICULACIONES: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
22. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?		
23. ¿Ha tenido lesiones en un músculo, ligamento o tendón?		
24. ¿Ha tenido una lesión que requirió aparatos ortopédicos, yeso, muletas o aparatos ortésicos?		
25. ¿Ha necesitado una radiografía, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, una inyección o fisioterapia luego de una lesión?		
26. ¿Ha sentido dolor, inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?		
PIEL: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
27. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?		
28. ¿Ha tenido herpes o alguna infección cutánea por SARM?		

APARATO GENITOURINARIO: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
29. ¿Ha tenido dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
30. ¿Ha tenido antecedentes de infecciones en el tracto urinario o de orinarse en la cama?		
31. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el periodo menstrual? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿A qué edad fue su primer período menstrual? _____ ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____ Fecha del último período: _____		
DENTAL:	**SÍ**	**NO**
32. ¿Ha tenido algún dolor o problema en las encías o dientes?		
33. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista: ☐ menos de 1 año ☐ entre 1 y 2 años ☐ más de 2 años		
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE: *El alumno:*	**SÍ**	**NO**
34. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH, etc.?		
35. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?		
36. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma u otros acontecimientos de vida importantes?		
37. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?		
38. ¿Ha estado preocupado, triste, disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?		
39. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación o entusiasmo?		
40. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso; ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?		
41. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?		
SALUD FAMILIAR:	**SÍ**	**NO**
42. ¿Existen antecedentes familiares de las siguientes enfermedades? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Anemia/trastornos sanguíneos ☐ Enfermedades/síndromes hereditarios ☐ Asma/problemas pulmonares ☐ Problemas de riñón ☐ Problemas de salud conductual ☐ Convulsiones ☐ Diabetes ☐ Rasgo drepanocítico o anemia drepanocítica Otra _____		
43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Síndrome de Brugada ☐ Síndrome de QT ☐ Miocardiopatía ☐ Síndrome de Marfan ☐ Hipertensión arterial ☐ Taquicardia ventricular ☐ Colesterol alto ☐ Otro_____		
44. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones sin explicación, o ahogamiento inminente?		
45. ¿Algún familiar/pariente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 50 años de edad o ha sufrido una muerte súbita inesperada/sin explicación antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos sin explicación, síndrome de muerte súbita infantil)?		
PREGUNTAS O INQUIETUDES	**SÍ**	**NO**
46. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre, madre o tutor quisieran analizar con el proveedor de atención médica? (Si la respuesta es sí, escríbalas en la página 4 de este formulario).		

Por el presente, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la escuela y los proveedores de atención médica.

Firma del Padre/Madre/Tutor/Alumno emancipado _____ Fecha_____

Adapted in part from the *Pre-participation Physical Evaluation History Form*; 02010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFOMING EXAMINATION: Yes ☐ No ☐

Physical exam for grade: K/1 ☐ 6 ☐ 11 ☐ Other ☐	**CHECK ONE**			***ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS**
	NORMAL	***ABNORMAL**	**DEFER**	
Height: inches				
Weight: pounds				
BMI:				
BMI-for-Age Percentile: %				
Pulse:				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected ☐				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	**DATE APPLIED**	**DATE READ**	**RESULT/FOLLOW-UP**

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION

(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes ☐ No ☐

Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office ☐ School ☐ Date of exam _____

Print name of examiner _____

Print examiner's office address _____ **Phone** _____

Signature of examiner _____ **MD ☐ DO ☐ PAC ☐ CRNP ☐**

HEALTH CARE PROVIDERS: ***Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.***

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):

Medical ☐ Date Issued:_____ Reason: _____ Date Rescinded:_____

Medical ☐ Date Issued:_____ Reason: _____ Date Rescinded:_____

Medical ☐ Date Issued:_____ Reason: _____ Date Rescinded:_____

NOTE: The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td	1	2	3	4	5
Polio Type: OPV or IPV	1	2	3	4	5
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4	5
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	1	2	3	4	5
Mumps disease diagnosed by physician ☐	Date:_____				
Varicella: Vaccine ☐ Disease ☐	1	2	3	4	5
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella	1	2	3	4	5
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)	1	2	3	4	5
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4	1	2	3	4	5
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)	1	2	3	4	5
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13	1	2	3	4	5
Hepatitis A (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus	1	2	3	4	5
Other Vaccines: (Type and Date)					

Pennsylvania
Department of Health

Información sobre diabetes tipo 1

Esta información sobre la diabetes tipo 1 fue desarrollada de acuerdo con el Código Escolar de Pensilvania (24 P.S. § 1414.12) y debe ser proporcionada por las entidades escolares y las escuelas no públicas a los padres, madres y tutores de los/as estudiantes de primaria que ingresen y los/as estudiantes que ingresen a sexto grado, comenzando con el año escolar 2025-2026.

La diabetes tipo 1 en niños/as es una enfermedad autoinmune que puede ser fatal si no se trata y la orientación proporcionada en esta hoja informativa tiene como objetivo concienciar sobre esta enfermedad.

Descripción

La diabetes tipo 1 generalmente se desarrolla en niños/as y jóvenes adultos/as, pero puede ocurrir a cualquier edad.

- La diabetes tipo 1 puede aparecer a cualquier edad, pero generalmente se presenta en dos picos notables. El primer pico ocurre en niños de entre 4 y 7 años. El segundo pico ocurre en niños de entre 10 y 14 años (Mayo Clinic).

La diabetes tipo 1 afecta la producción de insulina

- Normalmente, el cuerpo convierte los carbohidratos de los alimentos en glucosa (azúcar en sangre), el combustible básico para las células del cuerpo.
- El páncreas produce insulina, una hormona que transporta la glucosa desde la sangre hacia las células.
- En la diabetes tipo 1, el páncreas del cuerpo deja de producir insulina y los niveles de glucosa en sangre aumentan.
- Con el tiempo, la glucosa puede alcanzar niveles peligrosamente altos en sangre, lo que se llama hiperglucemia.
- La hiperglucemia no tratada puede resultar en cetoacidosis diabética (CAD), que es una complicación mortal de la diabetes.

Factores de riesgo asociados con la diabetes tipo 1

Se recomienda que los niños/as que presenten signos y síntomas de advertencia asociados con la diabetes tipo 1 descritos a continuación, sean evaluados/as (probados) para la enfermedad por su proveedor de atención médica.

Factores de riesgo

Los investigadores no comprenden completamente por qué algunas personas desarrollan diabetes tipo 1 y otras no. Sin embargo, tener antecedentes familiares de diabetes tipo 1 puede aumentar la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 1. Otros factores podrían desempeñar un papel en el

desarrollo de la diabetes tipo 1, incluidos los desencadenantes ambientales como los virus. La diabetes tipo 1 no es causada por la dieta ni por elecciones de estilo de vida.

Signos de advertencia y síntomas asociados con la diabetes tipo 1 y la cetoacidosis diabética.

Los signos de advertencia y síntomas de la diabetes tipo 1 en los niños/as se desarrollan rápidamente, en unas pocas semanas o meses y pueden ser graves. Si su hijo/a presenta los signos de advertencia a continuación, comuníquese con el proveedor de atención primaria de su hijo/a o con su pediatra para una consulta y determinar si es apropiado realizarle un examen para la diabetes tipo 1:

- Sed excesiva
- Aumento de la micción, incluso mojar la cama después de haber aprendido a ir al baño
- Aumento del hambre, incluso después de comer
- Pérdida de peso inexplicada
- Sensación de cansancio extremo
- Visión borrosa
- Piel muy seca
- Curación lenta de heridas o cortes
- Cambios de humor, inquietud, irritabilidad o cambios en el comportamiento

La cetoacidosis diabética es una complicación de la diabetes tipo 1 no tratada. La cetoacidosis diabética es una emergencia médica. Los síntomas incluyen:

- Aliento afrutado
- Piel seca/rojiza
- Náuseas
- Vómitos
- Dolor de estómago
- Dificultad para respirar
- Confusión

Tratamientos de la diabetes tipo 1

No existen formas conocidas de prevenir la diabetes tipo 1. Una vez que se desarrolla la diabetes tipo 1, la medicación es el único tratamiento. Si a su hijo/a se le diagnostica diabetes tipo 1, su proveedor de atención médica podrá ayudar a desarrollar un plan de tratamiento. El proveedor de atención médica de su hijo/a puede derivarlo a un endocrinólogo/a, un médico especializado en el sistema endocrino y sus trastornos, como la diabetes.

Póngase en contacto con la enfermera escolar de su hijo/a, el administrador/a escolar o el proveedor/a de atención médica si tiene preguntas.

Referencias

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):Acerca de la diabetes tipo 1

Children's Hospital of Philadelphia: Diabetes tipo 1