



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: ☐ Hipertensión arterial ☐ Soplo cardíaco o infección cardíaca ☐ Colesterol alto ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Otro _____			
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).			
19. ¿Ha tenido los jadeos, 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 salta 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 ortopédicos?			
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 período 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 ☐ Síndrome de Long QT ☐ 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/paciente 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; ©2010 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 PERFORMING 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 _____ 20____

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)					

Lined area for additional comments.