



Escuelas comunitarias del condado de
Huntington
1415 Flaxmill Road
Huntington, IN 46750

teléfono 260.356.8312
fax 260.358.2222
web www.hccsc.k12.in.us

Formulario de Salud y Examen Físico del Estudiante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Lugar de nacimiento: _____

El estudiante vive con: _____ Sexo: M F

Teléfono fijo/celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Historial médico - (debe completarse antes del examen físico)

¿El niño/a ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	Fecha		Sí	No		Sí	No
Varicela				Alergia			Problemas de comportamiento		
Sarampión				Asma			Ansiedad / Depresión		
Amable:				Deformidades			Problemas con:		
Paperas				Aparatos ortopédicos, etc.			Ojo		
Tos ferina				Diabetes			Oreja		
Polio				Hepatitis			Garganta		
Fiebre reumática				Epilepsia (Convulsiones)			Corazón		
Otro:				Hernia (rotura)			Estómago		
				Piel			intestino		
				Dental			Riñón		

Si la respuesta es "Sí", describa:

Cirugías previas: _____

Exámenes especiales o afecciones médicas: _____

Esta sección debe ser completada por el profesional médico.

Vitals: Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure Sys: _____ / Dia: _____ Pulse Rate: _____

Glasses: Si _____ No _____. Contacts: Si _____ No _____

Physical Examination:	Normal	Abnormal	Date	Notes:
Eyes				
Ear-Nose-Throat				
Lungs				
Heart				
Abdomen				
Hernia				
Extremities				
Neurological				
Skin				
Other Findings				

Recommendations to the School:	Yesí	No
Student is capable of carrying a full program of school work?		
Does the student have any permanent defects?		
Should student be restricted from (any) or (all) athletic activities?		
• If any, what?		
• If temporary, how long?		

Examining MD, DO, NP, PA: _____

Date: _____