



pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

**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.

Oficina de Sistemas de salud comunitarios
División de salud escolar

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: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o infección cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> 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 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> menos de 1 año <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 años <input type="checkbox"/> 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 introverso 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: <input type="checkbox"/> Anemia/trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Enfermedades/síndromes hereditarios <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico o anemia drepanocítica Otra _____ | | | |
| 43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome de QT <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> 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, escribalas 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 _____

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

| Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> | Date: _____ | | | | |
| Varicella: Vaccine <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/> | 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) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

