

INFORME MÉDICO PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE LANE (DE KINDERGARTEN A 12do)

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL PADRE DE FAMILIA ANTES DEL EXAMEN FÍSICO:
ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA POR FAVOR

Escuela a la que va asistir _____ Grado _____

Nombre del(de la) Estudiante _____ Sexo: M F Cumpleaños _____
(Apellido) (Nombre) (Mes) (Día) (Año)

Dirección _____ Teléfono _____
(Calle o Ruta Rural) (Ciudad / Estado / Código Postal)

Padre de Familia/ Guardián Legal _____ Médico _____

Verifique la siguiente información acerca de su hijo(a):

- | | | | |
|---|------------------------|---|------------------------|
| 1. Lesiones de la cabeza o cuello | *Sí ___ No ___ Año ___ | 12. Fiebre reumática | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 2. Enfermedad de los músculos, huesos, o articulaciones | *Sí ___ No ___ Año ___ | 13. Enfermedad renal | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 3. Escoliosis | *Sí ___ No ___ Año ___ | 14. Mononucleosis | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 4. Pérdida o disminución seria de la vista en un ojo? | *Sí ___ No ___ Año ___ | 15. Varicela | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 5. Problemas del Oído | *Sí ___ No ___ Año ___ | 16. Reacción a la picadura de un insecto/ abeja | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 6. Neumonía | *Sí ___ No ___ Año ___ | 17. Asma | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 7. Hernia | *Sí ___ No ___ Año ___ | 18. Fiebre de heno | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 8. Diabetes | *Sí ___ No ___ Año ___ | 19. Alergia a los alimentos | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 9. Desmayos | *Sí ___ No ___ Año ___ | 20. Alergia de la piel | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 10. Epilepsia o convulsiones | *Sí ___ No ___ Año ___ | 21. Actualmente está tomando medicamentos o inyecciones | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| 11. Infección de estreptococo | *Sí ___ No ___ Año ___ | 22. Operaciones previas | *Sí ___ No ___ Año ___ |
| | | 23. Cualquier otro problema grave | *Sí ___ No ___ Año ___ |

Comentarios sobre el "Sí" _____

PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO Y CUALQUIER PROBLEMA FÍSICO O EMOCIONAL:

DOCTOR'S PHYSICAL EXAMINATION

Height _____	Vision with glasses/contacts _____	Immunization Summary	Last Dose Month/Year	Given Today
Weight _____	Vision without glasses _____	Diphtheria	_____	_____
Blood Pressure _____	R 20/ _____ L 20/ _____	Whooping cough	_____	_____
Examination	Satisfactory	Unsatisfactory	_____	_____
Teeth	_____	_____	Polio IPV	_____
Hearing	_____	_____	Measles	_____
Cardiovascular	_____	_____	Mumps	_____
Respiratory	_____	_____	Rubella	_____
Liver, spleen, kidney	_____	_____	Varicella	_____
hernia, genitals	_____	_____	or Date of disease	_____
Extremities	_____	_____	Hep B	_____
Orthopedic/posture	_____	_____	Hep A	_____
Neurological	_____	_____	TESTS	Given Today
Skin	_____	_____	Tuberculin	Results
			Chest X-Ray	_____
			Indicated lab tests	_____
			Urine	_____
			Blood	_____

Significant illnesses or injuries _____

Diagnosis _____

I have on this date examined the above student and recommend him/her as being physically able to participate in regularly scheduled physical education classes and complete in the following supervised athletics: BASEBALL, BASKETBALL, CROSS COUNTY, FIELD HOCKEY, FOOTBALL, GOLF, GYMNASTIC, SKIING, SOCCER, SOFTBALL, SWIMMING, TENNIS, TRACK, VOLLEYBALL, WRESTLING:
OTHER _____

*This student may be permitted weight loss to make a lower weight class in WRESTLING: Yes _____ No _____

If "Yes" may lose _____ pounds (Grades 6-12)

Date _____

(Signature of Examining Physician)