

# 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 _____	<b>Immunization Summary</b>	Last Dose Month/Year	Given Today
Weight _____	Vision without glasses _____	Diphtheria	_____	_____
Blood Pressure _____	R 20/ _____ L 20/ _____	Whooping cough	_____	_____
		Tetanus	_____	_____
		TDAP	_____	_____
<b>Examination</b>	<b>Satisfactory</b> <b>Unsatisfactory</b>	Polio IPV	_____	_____
Teeth	_____	Measles	_____	_____
Hearing	_____	Mumps	_____	_____
Cardiovascular	_____	Rubella	_____	_____
Respiratory	_____	Varicella	_____	_____
Liver, spleen, kidney hernia, genitals	_____	or Date of disease	_____	_____
		Hep B	_____	_____
		Hep A	_____	_____
Extremities	_____	<b>TESTS</b>	<b>Given Today</b>	<b>RESULTS</b>
Orthopedic/posture	_____	Tuberculin	_____	_____
Neurological	_____	Chest X-Ray	_____	_____
Skin	_____	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)