

# INFORME MÉDICO PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE LANE (DE KINDERGARTEN)

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<br>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 | _____                              | _____                       | or Date of disease      | _____              |
| hernia, genitals      | _____                              | _____                       | Hep B                   | _____              |
|                       |                                    |                             | Hep A                   | _____              |
| Extremities           | _____                              | _____                       | <b>TESTS</b>            | <b>Given Today</b> |
| Orthopedic/posture    | _____                              | _____                       | Tuberculin              | <b>Results</b>     |
| 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)