

INFORME DEL MÉDICO PRIVADO SOBRE
EL EXAMEN FÍSICO DE UN ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

FECHA _____ 20____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ GRADO _____ AULA _____

NOMBRE DEL NIÑO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DIRECCIÓN

N.º y calle Ciudad u oficina de correos Distrito o municipio Condado Estado Código postal

ANTECEDENTES DE SALUD
VACUNAS Y EXÁMENES

VACUNA	DOSIS			REFUERZOS Y FECHAS	
	Ingrese el mes, día y año en que se administró cada vacuna				
Difteria y tétanos (Encierre en un círculo una): DTaP, DTP, DT, TD	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /
Polio (encierre en un círculo una): OPV, IPV	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /
Sarampión, paperas, rubéola	1 / /	2 / /			
Hepatitis B	1 / /		2 / /		3 / /
HIB	1 / /		2 / /		3 / /
Varicela	1 / /		2 / /		Varicela o evidencia de laboratorio Fecha: _____
Otra: _____					

- EXENCIÓN MÉDICA El estado de salud física del niño anteriormente mencionado es tal, que la administración de una vacuna puede poner en peligro su vida o su salud.
- EXENCIÓN RELIGIOSA (Incluye una sólida convicción moral o ética parecida a una creencia religiosa y requiere una declaración escrita del padre de familia o tutor legal).

Si corresponde:

Exámenes de tuberculina Fecha en que se administraron	Brazo	Dispositivo	Antígeno	Fabricante	Firma
Fecha de lectura	Resultados (mm)		Firma		

Seguimiento de los principales exámenes de tuberculina:

Se notificó al padre de familia/tutor legal acerca de los hallazgos importantes, el _____.

Resultado de los estudios de diagnóstico: _____.

Prevención contra la tuberculosis – Se indicó quimioterapia. No Sí _____
Fecha

Enfermedades importantes (√)
Si la respuesta es sí, explique

	Sí	No	
Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Farmacodependencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno auditivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno neuromuscular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problema ortopédico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad respiratoria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastornos cutáneos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas en la vista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra (especifique).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿Hay algún problema médico especial o enfermedad crónica que requiera restricción de las actividades, medicamentos, o que podría afectar su educación? Si es así, especifique _____

Informe del examen físico (√)

	Normal	Anormal	No examinado(a)	Comentarios
▪ Estatura (pulgadas)				
▪ Peso (libras) BMI				
▪ Pulso ()				
▪ Presión arterial				
▪ Cabello/cuero cabelludo				
▪ Piel				
▪ Ojos/vista				
▪ Oídos/audición				
▪ Nariz y garganta				
▪ Dientes y encías				
▪ Glándulas linfáticas				
▪ Corazón: soplo, etc.				
▪ Pulmón: hallazgo inesperado				
▪ Abdomen				
▪ Aparato genitourinario				
▪ Sistema neuromuscular				
▪ Extremidades				
▪ Columna vertebral (presencia de escoliosis)				

Fecha del examen _____

Firma del examinador _____

Nombre del examinador (EN LETRA DE IMPRENTA) _____

Dirección _____

Número de teléfono _____