



Bureau of Community Health Systems
Division of School Health

Private or School PHYSICAL EXAMINATION OF SCHOOL AGE STUDENT

PARENT / GUARDIAN / STUDENT:
Complete page one of this form before
student's exam. Take completed form to
appointment.

Student's name _____ Today's date _____
Date of birth _____ Age at time of exam _____ Gender: Male Female

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

Does the student have any allergies? No Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)
 Medicines Pollens Food Stinging Insects

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: <i>Has the student...</i>	YES	NO
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infection Other _____		
2. Ever stayed more than one night in the hospital?		
3. Ever had surgery?		
4. Ever had a seizure?		
5. Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a testicle (males), spleen, or any other organ?		
6. Ever become ill while exercising in the heat?		
7. Had frequent muscle cramps when exercising?		
HEAD/NECK/SPINE: <i>Has the student...</i>	YES	NO
8. Had headaches with exercise?		
9. Ever had a head injury or concussion?		
10. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
11. Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?		
12. Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?		
13. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
14. Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?		
15. Been prescribed glasses or contact lenses?		
HEART/LUNGS: <i>Has the student...</i>	YES	NO
16. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Heart murmur or heart infection <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kawasaki disease <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?		
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded DURING or AFTER exercise?		
20. Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?		
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?		
BONE/JOINT: <i>Has the student...</i>	YES	NO
22. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?		
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?		
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?		
SKIN: <i>Has the student...</i>	YES	NO
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?		

GENITOURINARY: <i>Has the student...</i>	YES	NO
29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?		
31. FEMALES ONLY: Had a menstrual period? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes: At what age was her first menstrual period? _____ How many periods has she had in the last 12 months? _____ Date of last period: _____		
DENTAL:	YES	NO
32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?		
33. Name of student's dentist: _____ Last dental visit: <input type="checkbox"/> less than 1 year <input type="checkbox"/> 1-2 years <input type="checkbox"/> greater than 2 years		
SOCIAL/LEARNING: <i>Has the student...</i>	YES	NO
34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?		
35. Been bullied or experienced bullying behavior?		
36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?		
37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?		
40. Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?		
FAMILY HEALTH:	YES	NO
42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Anemia/blood disorders <input type="checkbox"/> Inherited disease/syndrome <input type="checkbox"/> Asthma/lung problems <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Behavioral health issue <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease Other _____		
43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Brugada syndrome <input type="checkbox"/> QT syndrome <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Marfan syndrome <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Ventricular tachycardia <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other _____		
44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained seizures, or experienced a near drowning?		
45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age 50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?		
QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO
46. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the health care provider? (If yes, write them on page 4 of this form.)		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student _____ Date _____

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Date of exam _____ 20_____
Print name of examiner _____
Print examiner's office address _____ Phone _____
Signature of examiner _____ MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> CRNP <input type="checkbox"/>

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)					



Oficina de Sistemas de Salud Comunitaria
División de Salud Escolar

**EXAMEN FÍSICO
privado o escolar
DE ESTUDIANTE EN EDAD ESCOLAR**

PADRE/MADRE/TUTOR/ESTUDIANTE:

Complete la página uno de este formulario **antes** del examen del estudiante. Lleve el formulario completado a la cita.

Nombre del estudiante _____ Fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____ Edad al momento del examen _____ Género Masculino Femenino

Medicamentos y alergias: Enumere todos los medicamentos y suplementos (herbales/nutricionales) recetados y de venta libre que el estudiante esté tomando actualmente:

¿El estudiante tiene alguna alergia? No Sí (en caso afirmativo, indique la alergia y la reacción específicas).

Medicamentos Polen Alimentos Insectos que pican

Complete la siguiente sección con una marca de verificación en la columna **SÍ** o **NO**; encierre con un círculo las preguntas cuya respuesta desconozca.

SALUD GENERAL: ¿El estudiante...	SÍ	NO
1. tiene alguna afección médica actual? En caso afirmativo, especifique: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección. Otra: _____		
2. permaneció más de una noche en el hospital alguna vez?		
3. tuvo una cirugía alguna vez?		
4. alguna vez convulsionó?		
5. tiene antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano o le falta alguno de estos?		
6. alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio en el calor?		
7. tuvo calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?		
CABEZA/CUELLO/COLUMNA: ¿El estudiante...	SÍ	NO
8. tuvo alguna vez dolores de cabeza mientras hacía ejercicio?		
9. alguna vez tuvo una lesión o conmoción cerebral?		
10. sufrió alguna vez un golpe en la cabeza que le haya provocado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
11. alguna vez tuvo entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
12. alguna vez fue incapaz de mover los brazos y las piernas después de un golpe o una caída?		
13. ha notado o le han dicho tiene que una columna curva o escoliosis?		
14. tuvo algún problema con los ojos (visión) o tuvo antecedentes de lesión ocular?		
15. recibió una receta para anteojos o lentes de contacto alguna vez?		
CORAZÓN/PULMÓN: ¿El estudiante...	SÍ	NO
16. alguna vez utilizó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?		
17. alguna vez le dijo un médico que tiene un problema cardíaco? En ese caso, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o infección cardíaca <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro: _____		
18. recibió la indicación de un médico para que se realizara una prueba cardíaca? (Por ejemplo, ECG, ecocardiograma)		
19. tuvo tos, sibilancias, dificultad para respirar, falta de aliento o se sintió mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
20. tuvo malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
21. sintió que el corazón se aceleraba o tenía palpitaciones durante el ejercicio?		
HUESOS/ARTICULACIONES: ¿El estudiante...	SÍ	NO
22. se rompió o fracturó un hueso, se dislocó una articulación o tuvo una fractura por sobrecarga?		
23. se lesionó un músculo, ligamento o tendón?		
24. tuvo una lesión que haya requerido una férula, yeso, muletas u ortesis?		
25. necesitó alguna vez una radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyección o fisioterapia tras una lesión?		
26. tuvo articulaciones que se volvieron dolorosas, hinchadas, se sentían calientes o se veían enrojecidas?		
PIEL: ¿El estudiante...	SÍ	NO
27. tuvo erupciones cutáneas, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
28. alguna vez tuvo herpes o una infección cutánea por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		

GENITOURINARIO: ¿El estudiante...	SÍ	NO
29. tuvo dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en la zona de la ingle?		
30. tuvo antecedentes de infecciones del tracto urinario o enuresis?		
31. SOLO MUJERES: ¿Ha menstruado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: ¿A qué edad menstruó por primera vez? _____ ¿Cuántas veces menstruó en los últimos 12 meses? _____ Fecha de la última menstruación: _____		
DENTAL:	SÍ	NO
32. ¿Ha tenido el estudiante algún dolor o problema con las encías o los dientes?		
33. Nombre del dentista del estudiante: _____ Última visita al dentista: <input type="checkbox"/> menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> más de 2 años		
SOCIAL/APRENDIZAJE: ¿El estudiante...	SÍ	NO
34. ha sido informado de un problema de aprendizaje, una discapacidad intelectual o del desarrollo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad/trastorno por déficit de atención, etc.?		
35. ha sufrido bullying o experimentado comportamientos de bullying?		
36. ha vivido un duelo, un gran trauma u otro evento significativo en la vida?		
37. ha mostrado cambios significativos en el comportamiento, las relaciones sociales, las calificaciones, los hábitos alimenticios o de sueño, o se ha alejado de la familia o amigos?		
38. ha estado preocupado, triste, molesto o enojado la mayor parte del tiempo?		
39. ha mostrado una pérdida general de energía, motivación, interés o entusiasmo?		
40. ha estado preocupado por su peso? ¿Ha estado tratando de ganar o perder peso o recibió una recomendación para ganar o perder peso?		
41. ha consumido (o consume en la actualidad) tabaco, alcohol o drogas?		
SALUD FAMILIAR:	SÍ	NO
42. ¿Hay antecedentes familiares de lo siguiente? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Anemia/trastornos en la sangre <input type="checkbox"/> Enfermedad/síndrome hereditario <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas renales <input type="checkbox"/> Problema de salud conductual <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico/anemia drepanocítica Otros _____		
43. ¿Hay antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas relacionados con el corazón? En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada y Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome QT <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otros _____		
44. ¿Algún miembro de la familia ha sufrido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o ha estado a punto de ahogarse?		
45. ¿Algún miembro de la familia/pariente murió de problemas cardíacos antes de los 50 años o tuvo una muerte súbita inesperada/inexplicable antes de los 50 años (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos inexplicables, muerte súbita del lactante)?		
PREGUNTAS O INQUIETUDES	SÍ	NO
46. ¿Al estudiante, padre, madre o tutor le gustaría hablar con el proveedor de atención médica sobre alguna pregunta o inquietud? (En caso afirmativo, escríbalas en la página 4 de este formulario).		

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el enfermero escolar y los proveedores de atención médica.

Firma del padre/madre/tutor/estudiante emancipado _____ Fecha _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE (página 1 de este formulario) REVISADOS ANTES DEL EXAMEN: Sí No

Examen físico para el grado: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	MARQUE UNA			*RESULTADOS ANORMALES / RECOMENDACIONES / DERIVACIONES
	NORMAL	*ANORMAL	APLAZAR	
Altura: () pulgadas				
Peso: () libras				
IMC ()				
Percentil de IMC por edad: () %				
Pulso: ()				
Presión arterial: (/)				
Cabello/cuero cabelludo				
Piel				
Ojos/visión Corregido <input type="checkbox"/>				
Oídos/audición				
Nariz y garganta				
Dientes y encía				
Glándulas linfáticas				
Corazón				
Pulmones				
Abdomen				
Genitourinario				
Sistema neuromuscular				
Extremidades				
Columna (escoliosis)				
Otro				

PRUEBA DE TUBERCULINA	FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE LECTURA	RESULTADO/SEGUIMIENTO

AFECCIONES MÉDICAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE REQUIERAN MEDICAMENTOS, RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES O QUE PUEDAN AFECTAR LA EDUCACIÓN

(Espacio adicional en la página 4)

Padre/madre/tutor presente durante el examen: Sí No

Examen físico realizado en: Consultorio del proveedor de atención médica personal Escuela

Fecha del examen _____ 20 _____

Nombre en letra de imprenta del examinador _____

Dirección en letra de imprenta del consultorio del examinador _____ Teléfono _____

Firma del examinador _____ MD DO PAC CRNP

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: *Fotocopie el historial de vacunación del registro del estudiante O ingrese la información a continuación.*

EXENCIÓN(ES) DE VACUNACIÓN:

Médica Fecha de emisión: _____ Motivo: _____ Fecha de rescisión: _____
 Médica Fecha de emisión: _____ Motivo: _____ Fecha de rescisión: _____
 Médica Fecha de emisión: _____ Motivo: _____ Fecha de rescisión: _____

NOTA: El padre/madre/tutor debe presentar una solicitud por escrito a la escuela para excepciones por motivos religiosos o filosóficos.

VACUNA	DOCUMENTO: (1) Tipo de vacuna; (2) Fecha (mes/día/año) de cada vacuna				
	1	2	3	4	5
Difteria/tétanos/tosferina (niño) Tipo: DTaP, DTP o DT					
Difteria/tétanos/tosferina (adolescente/adulto) Tipo: Tdap o Td					
Poliomielitis Tipo: OPV o IPV					
Hepatitis B (HepB)					
Sarampión/paperas/rubéola (MMR)					
Enfermedad de paperas diagnosticada por un médico <input type="checkbox"/>	Fecha: _____				
Varicela: Vacuna <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>					
Serología: (Identificar antígeno/fecha/POS o NEG), es decir, hepatitis B, sarampión, rubéola, varicela					
Vacuna antimeningocócica conjugada (MCV4)					
Virus del papiloma humano (VPH) Tipo: HPV2 o HPV4					
Influenza Tipo: TIV (inyectada) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)					
Vacuna antineumocócica conjugada (PCV) Tipo: 7 o 13					
Hepatitis A (HepA)					
Antirrotavírica					
Otras vacunas (tipo y fecha):					

