

Sala de Salud del Distrito Escolar del Area de Hazleton

Estimado Padre/Guardián,

El año que viene su niño estará entrando al 6^{to} grado y 11vo grado. El Departamento de Salud de Pennsylvania requiere que su niño tenga un examen físico a esta edad.

El examen debería ser hecho por su médico privado, por favor, programe una cita y tome la **página 3** de este paquete a su cita para que el médico lo complete. Por favor, devuelva los formularios antes del primer día de escuela.

Si usted escoge que el examen de su niño sea hecho por el médico de la escuela, por favor, firme el formulario de permiso y complete la "historia de salud del estudiante" sólo en la página 3. Devuélvala a la enfermera antes del primer día de escuela.

Por favor, tenga en cuenta que las Leyes de Inmunización de Pennsylvania requieren que todos los estudiantes entrantes al 7^{mo} grado necesitan lo siguiente:

- 1 dosis de tétanos, difteria, tosferina acelular (Tdap) – si han pasado 5 años
- 1 dosis de la vacuna de meningocócica conjugada (MCV)

Todas los estudiantes deben tener hechas las vacunas de meningococo al cumplir los 16 años de edad o inmediatamente después de haberlos cumplido, para entrar al 12vo grado.

Por favor, póngase en contacto con la enfermera de su escuela para cualquier pregunta.

Respetuosamente,

HAZLETON AREA SCHOOL DISTRICT

Building _____ Grade _____

Name of Student _____

Please sign this note in order that we may know if you decide to have your child examined by your private physician.

I want my child examined by my private physician _____

I want my child examined by the school physician _____

The expense of an examination by your private physician will have to be paid by YOU. The Health Records provided by the state will have to be filled out by your private physician and returned to the school.

Parent or Guardian Signature _____

Address _____

Telephone No. _____

.....

Edificio _____ Grado _____

Nombre del Estudiante _____

Por favor firme Usted este papel para nosotros saber si Usted quiere que su hijo/hija sea examinado por su propio doctor de familia.

Quiero que el doctor de la familia examine a mi hijo/hija _____

Quiero que el doctor de la escuela examine a mi hijo/hija _____

Los gastos de una examinación hecha por su doctor de la familia tienen que ser pagados por Usted. Los documentos de la salud que el estado provee tienen que ser llenados por su doctor y devueltos a la escuela.

Firma del padre o del encargado _____

Dirección _____

Número de teléfono _____



pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Examen físico
PRIVADO O ESCOLAR
DEL ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

PADRE/MADRE/TUTOR/ALUMNO:

Complete la primera página de este formulario
antes del examen del alumno. Lleve el
formulario completo a la cita.

Oficina de Sistemas de salud comunitarios
División de salud escolar

Nombre del alumno _____
Fecha de nacimiento _____

Edad al momento del examen _____

Fecha de hoy _____
Sexo: Masculino Femenino

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? No Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas).
 Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

Picaduras de insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas SÍ o NO; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuesta desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:	El alumno:	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nombrela: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección Otra _____			
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?			
3. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			
4. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?			
5. ¿Ha tenido antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (si es hombre), el brazo o algún otro órgano, o no tiene alguno de estos órganos en la actualidad?			
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal mientras hacía ejercicio expuesto al calor?			
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?			
CABEZACUCELLO/COLUMNA VERTEBRAL: El alumno: SÍ NO			
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza al hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?			
10. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?			
11. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
12. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
13. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?			
14. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?			
15. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?			
CORAZÓN/PULMONES: El alumno: SÍ NO			
16. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?			
17. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o infección cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____			
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).			
19. ¿Ha tenido los padres dificultad al respirar, falta de aliento o se ha sentido mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			
20. ¿Ha sentido malestar, dolor, sensación de ahogo u opresión en el pecho durante el ejercicio?			
21. ¿Ha sentido que el corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?			
HIJOS/ARTICULACIONES: El alumno: SÍ NO			
22. ¿Ha tenido una quemadura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?			
23. ¿Ha tenido lesiones en un músculo, ligamento o tendón?			
24. ¿Ha tenido una lesión que requirió aparatos ortopédicos, yeso, muletas o aparatos ortopédicos?			
25. ¿Ha necesitado una radiografía, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, una inyección o fisioterapia luego de una lesión?			
26. ¿Ha sentido dolor, inflamación, calor o entumecimiento en articulaciones?			
PIEL: El alumno: SÍ NO			
27. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?			
28. ¿Ha tenido herpes o alguna infección cutánea por SARM?			

APARATO GENITOURINARIO:	El alumno:	SÍ	NO
29. ¿Ha tenido dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
30. ¿Ha tenido antecedentes de infecciones en el tracto urinario o de orinitis en la cama?			
31. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el periodo menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: ¿A qué edad fue su primer periodo menstrual? _____ ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____ Fecha del último periodo: _____			
DENTAL:			
32. ¿Ha tenido algún dolor o problema en las encías o dientes?			
33. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista: <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 años <input type="checkbox"/> más de 2 años			
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE: El alumno: SÍ NO			
34. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDAH/ADHD, etc.?			
35. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?			
36. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma u otros acontecimientos de vida importantes?			
37. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado involucrado con familiares o amigos?			
38. ¿Ha estado preocupado, triste, disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?			
39. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación o entusiasmo?			
40. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso, ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?			
41. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?			
SALUD FAMILIAR:			
42. ¿Existen antecedentes familiares de las siguientes enfermedades? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Enfermedades/síndromes hereditarios <input type="checkbox"/> Anemias/trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual <input type="checkbox"/> Rasgo diagnóstico o anemia dietranquímica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática Otra _____			
43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome de QT <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____			
44. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones sin explicación, o algún otro síndrome?			
45. ¿Algún familiarmente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 50 años de edad o ha sufrido una muerte súbita inesperada; explicación antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos sin explicación, síndrome de muerte súbita infantil)?			
PREGUNTAS O INQUIETUDES			
46. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre, madre o tutor quisieran analizar con el proveedor de atención médica? (Si la respuesta es sí, escribalas en la página 4 de este formulario).			

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

Firma del Padre/Madre/Tutor/Alumno emancipado _____

Fecha _____

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes No

Physical exam for grade:
 K1 6 11 Other

CHECK ONE		
NORMAL	*ABNORMAL	DEFER

*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS

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 No

Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office School

Print name of examiner _____ Date of exam _____

Print examiner's office address _____ Phone _____

Signature of examiner _____ MD DO PAC CRNP

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 (chill) Type: DTaP, DTP or DT	1	2 3 4 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td	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 (MM/R)	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)	6 7 11 12	8 9 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)		