



**Reporte del Examen Médico por Médico Privado**  
(Reporte Confidencial – Este reporte debe ser devuelto a la enfermera de la escuela)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Edad del examen \_\_\_\_\_

RECORD DE VACUNACION – DEBE TENER COMPLETO MES, FECHA, Y AÑO							
DTa/DT	Td	POLIO	HEP B	HIB	MMR	VARICELA	HEP A
OTRO							

Fecha del Examen \_\_\_\_\_ **TODA LA INFORMACION DEBE SER DENTRO DE LOS 12 MESES PASADOS**

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ %tile \_\_\_\_\_ Bp \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

Visión: Der \_\_\_\_\_ Izq \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ Oído: Der \_\_\_\_\_ Izq \_\_\_\_\_

Revisión de sistemas	Normal	Comentarios – Anormal / seguimiento recomendado
<b>Ojos</b>		
<b>Oídos, Nariz &amp; Garganta</b>		
<b>Dientes / Encías</b>		
<b>Piel</b>		
<b>Cardiovascular</b>		
<b>Respiratorio</b>		
<b>Muscular Esqueleto</b>		
<b>Genitales</b>		
<b>Mental</b>		

Exámenes de Laboratorio (requeridos): Fecha: \_\_\_\_\_ Hgb/Hct \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ UA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Plomo \_\_\_\_\_  
Sickle cell \_\_\_\_\_

Comentarios/Seguimiento recomendado \_\_\_\_\_

**Por favor señale el espacio apropiado si es pertinente a este niño(a)**

\_\_\_\_\_ He examinado al niño(a) mencionado y encontrado que esta en buen estado de salud y es capaz de una participación plena ya sea en un programa de Educación Preescolar, Elemental, Media o Secundaria.

\_\_\_\_\_ Este estudiante está apto para participar en deportes

\_\_\_\_\_ He examinado al niño(a) mencionado y encontrado que debido a una condición física, el niño(a) es capaz de participar ya sea en un programa de Educación Preescolar, Elemental, Media o Secundaria con las siguientes limitaciones (por favor añada cuantas páginas adicionales se necesiten)

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
*LETRA IMPRENTA POR FAVOR*

Firma del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_