Pennsylvania
School for the Deaf
100 West School House Lane | Philadelphia, PA 19144-3404
1-215-951-4700 V | 1-215-951-4708 F | www.PSD.org

EXAMEN FÍSICO

para ser completado por su proveedor de atención médica/ pediatra

NOMBRE:_____**fecha de nacimiento**:_____
Apellido, primer nombre Segundo nombre iniciales

SEXO: [ ] Masculino femenino

ALERGIAS:
[ ] Alimentarias_____
[ ] Medicamentos_____
[ ] Ambiental_____

¿Se necesita un inyector de epinefrina?? [ ] SÍ NO

VACUNAS:
[ ] Cartilla de Vacunación Adjunta [ ] Actualizada [ ] Provisional (adjuntar plan de vacunación)
[ ] Exención médica Fecha de emisión: _____ Motivo: _____ Fecha de rescisión: _____

ESTADO DE EXPOSICIÓN AL PLOMO:
[ ] Riesgo bajo
[ ]**Prueba de nivel de sangre**Fecha: _____
[ ] Normal [ ] Nivel anormal de plomo _____ Tratamiento de seguimiento: _____

Por favor VERIFICAR/MARCAR:

[ ] Sí, este estudiante parece. LIBRE de enfermedades contagiosas o transmisibles

[ ]No, este estudiante NO SE ENCUENTRA LIBRE de enfermedades contagiosas o transmisibles
Estas precauciones son necesarias: _____

HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS ANTERIORES:
_____
_____
_____

CONDICIONES MÉDICAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE REQUIEREN MEDICACIÓN, RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD O QUE PUEDAN AFECTAR LA EDUCACIÓN
(Adjunte página adicional si es necesario)

Pennsylvania
School for the Deaf
100 West School House Lane | Philadelphia, PA 19144-3404
1-215-951-4700 V | 1-215-951-4708 F | www.PSD.org

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____

el examen:_____	MARQUE UNO			AZGOS ANORMALES / RECOMENDACIONES / REFERENCIAS
) pulgadas				
) libras				
de IMC para la edad: ( )%				
terial: (/)				
uero cabelludo				
on corregida				
dición				
irganta				
Encía				
linfáticas				
nario				
euromuscular				
ades				
vertebral (escoliosis)				

Nombre del examinador: _____ Fecha **del examen:** _____
Teléfono de oficina: _____ Fax **de oficina** _____
Firma: _____MD/DO, PA, CRNP

PRUEBA/SEGUIMIENTO RECOMENDADO: (*Por favor indique fecha de cita o plan*)
[ ] Terapia ocupacional [ ] Asesoramiento/Salud mental _____ [ ] Dental _____
[ ] Fisioterapia [ ] Especialidad Médica _____ [ ] Otro _____
Recomendaciones: _____

FÍSICO AMPLIADO PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

	Normal	Anormal	Si es anormal, explique
• **Musculoesquelético/Ortopedia**			
• **Cervical/Hombros**			
• **Brazos/Codo/Muñeca/Mano**			
• **Cadera/Rodillas/Tobillos**			

A. Alta _____
B. Autorizado después de completar la evaluación/rehabilitación para: _____

Pennsylvania
School for the Deaf
100 West School House Lane | Philadelphia, PA 19144-3404
1-215-951-4700 V | 1-215-951-4708 F | www.PSD.org

C. No autorizado para: [ ] Colisión [ ] Contacto [ ] Sin contacto
[ ] Extenuante [ ] Moderadamente extenuante [ ] No extenuante

No autorizado debido a: _____

Recomendaciones: _____