

**Distrito Escolar de Filadelfia / The School District of Philadelphia**  
**Servicios de salud escolares / School Health Services**  
**REPORTE DE EXÁMEN FÍSICO / REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION**

Nombre del estudiante /Name of Student	Fecha de nacimiento /Date of Birth ____ Mes/Mo. ____ Día/Day____ Año/Yr	No de identificación Student ID #	Grado/Grade
Nombre de la escuela /Name of School	Salón/Room/Section/Book	Fecha de emisión /Date Issued	

**Al proveedor de atención médica (Por favor completar todas las preguntas) /TO THE CARE PROVIDER (Please complete all items)**  
 La ley de Pennsylvania requiere que los estudiantes que asisten a la escuela en el estado sean vacunados y reciban exámenes médicos periódicos. El pago de estos exámenes es responsabilidad de los padres o encargados. ESTAS VACUNAS SON REQUERIDOS PARA ASISTIR A LA ESCUELA. (Pennsylvania law requires that students attending school in the state be immunized and receive periodic medical examinations. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. THESE IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED FOR SCHOOL ATTENDANCE.

**REPORTE DE VACUNACIÓN /RECORD OF VACCINE ADMINISTRATION**

Por favor adjunte la cartilla de vacunación completa, incluyendo resultados de la serología si está disponible. /Please attach complete immunization record including serology results if available

Alergias Allergies _____	Fecha del último PPD Date of last PPD _____	Resultado Result _____	mm mm _____
¿Tiene este estudiante seguro de salud? Sí No Does this student have health insurance? ___ Yes ___ No		Nombre de Seguro: Name of insurance provider _____	

**REGISTRAR LO SIGUIENTE /RECORD THE FOLLOWING**

1.	Agudeza visual (sin gafas) /Visual acuity (without glasses) D/ R ____ I/L ____ Con gafas/ with glasses D/R ____ I/L ____										
2.	Evaluación audiométrica /Audiometric screening D (R) ____ G (L) ____										
3.	Tensión Arterial (BP) _____										
4.	Altura/Height _____ pulgadas/cm/inches/cm Peso/Weight _____ libras/kg /lb./kg Percentil IMC /BMI percentile _____										
5.	Prueba de escoliosis /Scoliosis screening: ___ Normal /Normal ___ Anormal /Abnormal ___ Referido /Referred ___ Sin referencia /No Referral										
6.	Recomendación de actividades: /Activity Recommendation ___ Actividad física sin restricciones /Full Physical Activity ___ Actividad física restringida (Debe completar exención médica de ed. física / Modificación de programa MEH-23); Restricted Physical Activity (Must complete Phys. Ed. Medical Exemptions/Program Modification MEH-23); Indicar las restricciones: /Specify Restrictions _____										
7.	Indique todos los medicamentos que está tomando: /List all medications currently being taken Medicamento/Medication _____ Motivo /Reason _____										
8.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: List all problems by history or examination</td> <td style="width: 50%;">Estado del problema (Status of problem)</td> </tr> <tr> <td>1. _____</td> <td>En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under care              Care completed              Referred</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under care              Care completed              Referred</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under car )              Care completed              Referred</td> </tr> <tr> <td colspan="2">___ Ningún problema identificado / No Problems Identified</td> </tr> </table>	Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: List all problems by history or examination	Estado del problema (Status of problem)	1. _____	En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under care              Care completed              Referred	2. _____	En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under care              Care completed              Referred	3. _____	En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under car )              Care completed              Referred	___ Ningún problema identificado / No Problems Identified	
Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: List all problems by history or examination	Estado del problema (Status of problem)										
1. _____	En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under care              Care completed              Referred										
2. _____	En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under care              Care completed              Referred										
3. _____	En tratamiento      Tratamiento completo      Referido Under car )              Care completed              Referred										
___ Ningún problema identificado / No Problems Identified											

Notas / Plan a seguir / Instrucciones especiales para la escuela: /Comments/follow-up treatment plan/Special instructions to school

Firma (Obligatoria) /Signature (Required)	Teléfono /Telephone	Sello de la oficina del médico (Obligatorio) Care Provider office stamp (Required)
Dirección /Address	Fecha del examen médico Date of Exam	

Para encontrar más documentos e información traducida al español, por favor vaya a:

[www.philasd.org/language/spanish](http://www.philasd.org/language/spanish)