



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. <b>SOLO MUJERES:</b> ¿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					
<b>Otras vacunas (tipo y fecha):</b>					

