

JARDÍN DE INFANCIA (KINDERGARTEN) DEL DISTRITO ESCOLAR DE WEBER
INFORME DEL EXAMEN MÉDICO

Esta información es **SÓLO PARA USO OFICIAL** y no será divulgada a personas no autorizadas.

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ FEC. DE NAC. _____ FECHA: _____

ESTIMADO PADRE: Por favor, rellene este formulario antes del examen físico del niño. Solicitamos que este formulario cumplimentado **sea devuelto a la escuela en el momento de la inscripción**. Se requiere un historial actual de inmunización antes de que su hijo pueda entrar en la escuela.

AL MÉDICO: FAVOR DE USAR ESTE FORMULARIO PARA INFORMAR SOBRE EL EXAMEN MÉDICO SOLICITADO. **EL REQUISITO DE SELECCIÓN DE VISIÓN ES UN MANDATO ESTATAL**. ESTE FORMULARIO SERÁ REVISADO POR LA ENFERMERA Y UTILIZADO POR LAS ESCUELAS.

EXAMEN FÍSICO: Estatura _____ Peso _____ **Visión D** _____ **Visión E** _____ Hgb. / Hct _____ Ua. _____

Prueba cutánea de TB (opcional): Fecha Dada: _____ Fecha Leída: _____ Resultados _____

COMPRUEBA CADA ARTÍCULO:								
	Normal	Anómalo		Normal	Anómalo		Normal	Anómalo
Piel			Pecho, Pulmones			Neurológica		
Cabeza						Motricidad Gruesa		
Ojos			Corazón			Motricidad Fina		
Orejas			Abdomen					
Nariz			Ortopédico			Presión Sang.		
Anginas			Extremidades			Pulso		
Garganta			Postura de espalda					
Dientes								
Cuello						Nutrición		

LA LEY ESTATAL REQUIERE TODOS FECHAS DE INMUNIZACIÓN PARA EL SIGUIENTE:	1° M/D/Añ	2° M/D/Añ	3° M/D/Añ	4° M/D/Añ	5° M/D/Añ	6° M/D/Añ
DPT / DT - 4 dosis, se requiere quinta dosis si es la cuarta dosis administrada antes de cumplir los 4 años						
Polio- 4 dosis - IPV, si la tercera dosis de la poliomielitis se da en/después del cuarto cumpleaños, no se necesita una cuarta dosis.						
Haemophilus Influenzae b (Hib)						
Neumococo						
MMR - 2 dosis después del primer cumpleaños - 1 mes intervalos						
Hepatitis A. - 2 dosis (ambas después de la primera cumpleaños)						
Hepatitis B. - 3 dosis						
Varicela (vacuna contra la varicela) 1 dosis						
Fecha de la enfermedad de la varicela:	Firma de Padre:					

ESTADO DE SALUD SIGNIFICATIVO: _____

MEDICAMENTO: _____

RESULTADOS FÍSICOS Y RECOMENDACIONES: _____

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA _____

Imprimir o sellar:

Nombre:

Dirección: