



CAP CANA HERITAGE SCHOOL

FORMULARIO DE EXAMEN FISICO ESTUDIANTIL (2017-2018)

Fecha _____

Nombre del estudiante:		Sexo:
Nacionalidad:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Teléfono:	Celular:	Grado:
Dirección:		
Nombre del Padre/Madre/Tutor:		

A. EXAMEN FISICO

Altura _____ Peso _____ Presión Arterial _____

ESPECIFIQUE EL ESTADO DE:	NORMAL	REFERIDO	COMENTARIOS SI NECESITA SEGUIMIENTO Sea específico con la información
01. Piel y Cuero Cabelludo			
02. Nutrición			
03. Oídos			
04. Nariz, Garganta, Boca			
05. Glándulas, incluyendo las Tiroides			
06. Abdomen			
07. Frecuencia cardíaca			
08. Pulmones (Respiración)			
09. Ortopédico			
10. Columna			
11. Neurológico			
12. Tórax,			
13. Genitales			

B. INFORMACION ADICIONAL

C. REVISE CADA LINEA Indique si o no si el estudiante padece algunos de los siguientes: El médico debe proporcionar información detallada de todas las áreas marcadas con un "SI"	SI	NO	Si la respuesta es sí, por favor adjunte las recomendaciones que el colegio debe considerar.
01. Asma			
02. Diabetes			
03. Problemas cardíacos			
04. Restricciones Necesarias - Grado y duración (tiempo)			
05. Alergias			
06. Epilepsia			
07. Trastornos de la Sangre			
08. Minusvalía Física - Limites de Actividad			
09. Enfermedad Crónica (especificar)			
10. Otros			

C. Certifico haber realizado el examen físico especificado anteriormente a este estudiante. Si () NO ()

D. Considero que este estudiante se encuentra condiciones físicas aptas para participar en cualquiera de las actividades que se indican a continuación:

Natación	S () N ()	Gimnasia	S () N ()
Soccer	S () N ()	Judo	S () N ()
Tennis	S () N ()	Basketball	S () N ()
Golf	S () N ()	Volleyball	S () N ()
Danza	S () N ()	Atletismo	S () N ()

E. Certifico que este estudiante está completamente inmunizado/a contra la difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, parotiditis, hepatitis A y B, Meningococo y rubéola. S () N ()

Anexar copia del record de vacunación actualizado a la fecha de entrega de este documento.

Nombre del Médico _____ exequator _____

Teléfono oficina: _____ Celular: _____

Dirección trabajo: _____

Sello: _____ Firma _____

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud.

Nota: El formulario de la salud debe ser firmado por ambos padres y / o tutores, si hay más de uno.

Padre/Tutor

Madre/Tutor

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____