



BURLINGTON
AREA SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT
Jessica M. Polcyn RN, BSN
Lori Sanchez RN, BSN
100 North Kane Street, Burlington, WI 53105
(262)763-0210 (262)763-0215 FAX

Examen físico

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **escolar:** _____ **Grado:** _____

Nombre del padre / tutor: _____ **Teléfono:** _____

	Remisión	normales,	anormales	No Evaluado	
Apariencia general	()	()	()	()	
La postura, marcha	()	()	()	()	
Discurso	()	()	()	()	
Cabeza	()	()	()	()	HT: _____
de la piel	()	()	()	()	
Ojos, aspectos externos	()	()	()	()	WT: _____
oídos, los aspectos externos	()	()	()	()	
Orejas, aspectos internos	()	()	()	()	B / P: _____
la nariz, la boca, la faringe	()	()	()	()	
dientes	()	()	()	()	Pulso: _____
corazón	()	()	()	()	
pulmones	()	()	()	()	Resp: _____
Abdomen (incluyen una hernia)	()	()	()	()	
Los huesos, las articulaciones,					
los músculos	()	()	()	()	
neurólogo / Social	()	()	()	()	
Motor Grueso	()	()	()	()	
Motricidad fina	()	()	()	()	
Glándulas (linfática/ tiroides)	()	()	()	()	
coordinación muscular	()	()	()	()	

Alergias (Sea específico): _____ **Los medicamentos actuales:** _____

Agudos / Chronic Conditions:(Diabetes / Asma / etc ..) _____

Las inmunizaciones proporcionadas hoy: () DTP (Polio) () Hib () MMR () Varicela 1 - 2 () VHB 1 - 2 - 3
() Otro _____ () hasta a la fecha (adjunte registro)

Restricciones / recomendaciones: _____

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

Dirección del médico: _____ **Teléfono No:** _____