



**BURLINGTON**  
AREA SCHOOL DISTRICT

# SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO

Jessica M. Polcyn BSN, RN, NCSN

Lori Sanchez BSN, RN

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: \_\_\_\_\_

### Referencia normales, anormales No Evaluado

Apariencia general	( )	( )	( )	( )	
La postura, la marcha	( )	( )	( )	( )	
Speech	( )	( )	( )	( )	
Cabeza	( )	( )	( )	( )	HT: _____
de la piel	( )	( )	( )	( )	
Eyes, Aspectos externos	( )	( )	( )	( )	WT: _____
Ears, Aspectos externos	( )	( )	( )	( )	
Ears, Aspectos internos	( )	( )	( )	( )	B / P: _____
nariz, boca, faringe	( )	( )	( )	( )	
dientes	( )	( )	( )	( )	pulso: _____
corazón	( )	( )	( )	( )	
pulmones	( )	( )	( )	( )	Resp: _____
Abdomen (incluyen una hernia )	( )	( )	( )	( )	
Los huesos,					
las articulaciones, los músculos	( )	( )	( )	( )	
neuroológica / Social	( )	( )	( )	( )	
Motor bruto	( )	( )	( )	( )	
Motricidad fina	( )	( )	( )	( )	
Glándulas (linfática / tiroides)	( )	( )	( )	( )	
La coordinación muscular	( )	( )	( )	( )	

**Alergias** (Sea específico): \_\_\_\_\_

**Los medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

**Agudas / crónicas Condiciones:**(Diabetes / Asthma / etc ..) \_\_\_\_\_

**Inmunizaciones Dadas Hoy:**( ) DTP ( ) Polio ( ) Hib ( ) MMR ( ) Varicela 1 - 2 ( ) HBV 1 - 2 - 3 ( ) Otros \_\_\_\_\_  
( ) hasta a la fecha (adjunte registro)

**Restricciones / recomendaciones:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección del médico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono No:** \_\_\_\_\_