



A CHILD LIVES
WHAT HE LEARNS!



C

MEDICAL FORM
FICHA DE EXAMEN MEDICO
2016-2017

____/____/____
day month year
día mes año

This report is to be completed only by an authorized medical professional. Attach all corresponding reports.
El médico es el profesional autorizado para completar esta ficha, adjuntando análisis clínicos correspondientes.

GENERAL DATA/ DATA GENERAL

Last Name <i>Apellidos</i>		Height/Weight <i>Altura/Peso</i>	cm	kg
First Name <i>Nombres</i>		Blood Group & Rh <i>Grupo sanguíneo&Rh factor</i>	(Mandatory) (Obligatorio)	
Age <i>Edad</i>		Blood Pressure <i>Presión</i>	/	
Grade <i>Grado</i>		Heart Rate <i>Pulso</i>		

GENERAL HEALTH/ ESTADO GENERAL

* Recommendations/Recomendación

Eyes/Ojos	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Ears/Oídos	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Recomendación	*
Mouth/Boca	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Tongue/Lengua	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Recomendación	*
Pharynx/Faringe	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Lungs/Pulmones	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Recomendación	*
Breathing/Respiración	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Heart/Corazón	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Recomendación	*
Abdomen/Abdomen	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Ganglions/Ganglios	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Recomendación	*
Limbs/Extremidades	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Vision/Visión	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Recomendación	*
Hearing/Audición	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Recommendation	*
Do any symptoms exist that limit or impede regular assistance to class? <i>¿Existe algún síntoma que limite o impida su asistencia regular a clase?</i>			
Do any symptoms exist that limit or impede participation in sports? <i>¿Existe algún síntoma que limite o impida su participación en deportes?</i>			
Has the student had any surgery performed? Please explain <i>¿El estudiante se ha sometido a una cirugía? Por favor especifique</i>			

MEDICATIONS/ MEDICAMENTOS

Any special medicine taken? <i>¿Toma algún medicamento especial?</i>	Name/Nombre
	Dosage/Dosis
What kind of medicine is taken for pain? <i>¿Qué medicamento toma para el dolor?</i>	Name/Nombre
	Dosage/Dosis
What kind of medicine is taken for fever? <i>¿Qué medicamento toma para la fiebre?</i>	Name/Nombre
	Dosage/Dosis

VACCINE SERIES/VACUNAS Provide a copy of immunization record. *Adjunto copia de registro de inmunizaciones.*

Date/ Fecha

Date/ Fecha

DPT/DTaP/DT/Td		MMR/SPR	
POLIO/SABIN		BCG/PPD	
VAC. HEP B		VARICELLA	

ALLERGIES/ ALERGIAS

Allergies/Alergia		Allergies/Alergia	
Medicine/Medicamento		Medicine/Medicamento	
Dosage/Dosis		Dosage/Dosis	

FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES FAMILIARES

Indicate any family illnesses. *Indicar las enfermedades, o patologías significativas en familiares.*

PROFESSIONAL MEDICAL DATA / DATOS DEL PROFESIONAL MEDICO

Physician Name <i>Nombre</i>		Clinic/Clinico	
Signature <i>Firma del medico</i>		Telephone <i>Teléfono</i>	
Date <i>Fecha</i>		Stamp Lic # <i>Sello Reg No</i>	