



EXAMEN FISICO DEL ESTUDIANTE
(Debe ser completado por un MEDICO)

Nombre del Estudiante _____

Fecha del Examen _____

- * Apariencia física: Estatura _____ Peso _____
- * Condición de la piel: _____
- * Oídos, nariz y garganta: _____
- * Visión: _____ *¿Utiliza espejuelos? Sí No
- * Presión arterial: _____
- * Pulmones: _____ *Corazón: _____
- * Hábitos al comer: _____ al dormir: _____
- ¿Debe llevar dieta? Explique: _____
- * ¿Es alérgico a algún alimento? Sí No ¿A cuál? _____
- * Menstruación: normal dolores fuertes irregular
- Si existe problema, indique tratamiento: _____
- * Malformaciones físicas: _____
- Si alguna, indique tratamiento: _____
- * Problemas psicomotores: _____
- Si alguno, indique tratamiento: _____
- * Problemas de aprendizaje: _____
- Si alguno, indique tratamiento: _____
- * ¿Problemas emocionales? Sí No Indique: _____
- * ¿Fobias? Sí No Indique: _____
- * Indique si padece de alguna otra condición: _____
- Si alguna, indique tratamiento: _____
- * ¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No ¿A cuál? _____
- * Incluya información que entienda sea pertinente: _____

IMPORTANTE: Si el estudiante está bajo medicación por alguna condición médica y surge algún cambio de dosis, recomendamos que se le notifique a la Administración y/o Enfermera.

Nombre del Médico _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del Médico

Núm. De Licencia

-----**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O ENCARGADO**-----

Sí No Autorizo a la Administración de la ASR a divulgar información sobre alguna enfermedad o tratamiento del estudiante que pueda afectar su desempeño académico así como su participación en actividades académicas y/o extracurriculares. *Dicho uso está sujeto a las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables bajo la Ley HIPPA.* Acepto libre y voluntariamente suministrar la información solicitada y podré revocar este consentimiento en cualquier momento, a través de un comunicado escrito y dirigido a la Administración de la ASR.

Comentario: _____

Nombre del informante (en letra legible) _____ Firma: _____

Fecha: _____

Este Certificado es válido para el curso escolar 2024-25