

Servicios de Salud Escolar  
**Escuelas Públicas del Condado de Prince William**  
EVALUACIÓN FÍSICA DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR  
AVISO ENVIADO POR LA ESCUELA A LOS PADRES/TUTORES

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Padres/tutores: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Se recomienda consultar al:  doctor  oftalmólogo  dentista de su hijo/a.

Nuestra revisión escolar indica que puede necesitar una atención especial para lo que se indica a continuación:

- |                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peso        | <input type="checkbox"/> Garganta                             | Vacunas  |  |
| <input type="checkbox"/> Dientes     | <input type="checkbox"/> Lenguaje                             | <input type="checkbox"/> DTaP/DTP/Tdap/Td              | <input type="checkbox"/> Poliomielitis |
| <input type="checkbox"/> Visión      | <input type="checkbox"/> Postura                              | <input type="checkbox"/> MMR                           | <input type="checkbox"/> Varicela      |
| <input type="checkbox"/> Audición    | <input type="checkbox"/> Piel                                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis B 1 ___ 2 ___ 3 ___ |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Prueba cutánea de tuberculosis (PPD) |  |  |

Recibir el examen físico y/o la próxima dosis de la vacuna asegurará que su hijo/a cumpla con la ley estatal.

Una vez que se complete un examen, pídale al encargado del examen de salud que indique sus hallazgos y recomendaciones en el reverso de este formulario y lo devuelva a la escuela. Agradecemos su cooperación con nuestro Programa de Salud Escolar.

Enfermero/a Escolar/Designado/a: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que: Si no se completa el examen físico requerido o las vacunas antes de \_\_\_\_\_, su estudiante será excluido/a de la escuela.

Fecha

**SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR**  
**Escuelas Públicas del Condado de Prince William**

PARA: EL PROVEEDOR DE  
ATENCIÓN MÉDICA

El formulario completo se entregará a los padres  
para que lo devuelvan a la enfermería de la escuela.

\*Hallazgos y recomendaciones (por favor, explique):

DEFECTO(S) Corregidos: \_\_\_\_\_ recibiendo tratamiento: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Título Profesional: \_\_\_\_\_  
(Firma del Proveedor)

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Las correcciones y recomendaciones anotadas se archivarán en el Registro de Salud  
Acumulativo del Estudiante.