



DISTRITO ESCOLAR DE SYRACUSE

Servicios de salud

725 Harrison Street · Syracuse, NY
Phone 315·435·4145 · Fax 315·435·4859

Jaime Alicea

Superintendente Interino de Escuelas

Estimados Padres de _____:

Es requerido por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York que cada estudiante obtenga un examen físico al entrar al distrito escolar y rutinariamente en los grados K, 2, 4, 7 y 10. También se le requiere un examen medico para actividades atléticas y/o permiso para trabajar. Se les sugiere que estos exámenes sean hechos por el medico de familia, quien mejor conoce al niño/a. El medico de familia tiene mejor conocimiento en captar cualquier anormalidad en el estado de salud del niño/a. Se puede discutir cualquier anormalidad que se encuentre y hacer los referidos necesarios (ej. lentes) y todo en una visita. El distrito escolar de Syracuse les proveerá estos servicios sin ningun costo al estudiante. El examen fisico de la escuela incluye:

- Revisión de la Historia de Salud
- Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, cuello y glándulas
- Examen del corazón y pulmones
- Palpitaciones del abdomen
- Fuerza y movimiento reflejo de brazos y piernas
- Examen neurológico, reflejo, coordinación de balance
- Escoliosis (curvatura de la espina dorsal)
- Cualquier anormalidad del hueso o fractura
- Examen del hombre: el pene, escroto, etapa del desarrollo de los testículos
- Presencia y/o ausencia de alguna hernia
- Desarrollo de los senos y pelos púbicos y menstruación para las mujeres

Estas recomendaciones son basadas en los requerimientos del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Su hijo/a tiene cita para un examen fisico _____. Por favor llene la caja correspondiente abajo y devuelva este formulario a la oficina de salud de la escuela antes de _____ (fecha).

- ☐ Yo, autorizo que mi hijo/a reciba el examen físico en su escuela.
- ☐ Yo, proveeré el examen físico con mi medico de familia en _____ (fecha).

En todos los casos que los formularios no estén devueltos, el medico de la escuela puede proceder con las evaluaciones de salud por guías del Estado de Nueva York. Su hijo/a puede negarse al examen medico. En ese caso usted esta requerido en obtener el examen con su propio medico. Las citas con el distrito no ser'an cambiadas.

Nombre del Estudiante

Firma del Padre/Encargado

Escuela

Fecha



PHYSICIAN'S REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION

NYSED requires an annual physical exam for new entrants, students in Grades K, 2, 4, 7 and 10, sports, working permits and triennially for the Committee on Special Education (CSE)

Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Gender: ☐ M ☐ F Grade: _____ Date of Physical Examination: _____

IMMUNIZATIONS/HEALTH HISTORY

☐ Immunization record attached
☐ No immunization given today
☐ Immunizations given since last Health Appraisal:

Sickle Cell Screen: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____
PPD: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____
Elevated Lead: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____
Dental Referral: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____

Significant Medical/Surgical History: ☐ See attached _____

Specify Current diseases: ☐ Asthma Diabetes: ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ Hyperlipidemia ☐ Hypertension

☐ Other _____

Allergies: ☐ LIFE THREATENING ☐ Food: _____ ☐ Insect: _____ ☐ Other: _____

☐ Seasonal ☐ Medication: _____

PHYSICAL EXAM

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ Date of Exam: _____

Referral

Body Mass Index: _____ . _____ Weight Status Category (BMI Percentile): ☐ less than 5 th ☐ 5 th – 49 th ☐ 50 th – 84 th ☐ 85 th – 94 th ☐ 95 th – 98 th ☐ 99 th + higher	Vision – without glasses/contact lenses	R	L	
	Vision – with glasses/contact lenses	R	L	
	Vision – Near Point	R	L	
	Hearing ☐ Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

☐ EXAM ENTIRELY NORMAL **Tanner:** I. 11. 111. 1V. V. **Scoliosis:** ☐ Negative ☐ Positive: _____

Specify any abnormality _____

MEDICATIONS

Medications (list all): ☐ None ☐ Additional medications _____

Name: _____ Dosage/Time: _____

Name: _____ Dosage/Time: _____

Duration of Med order*: ☐ school year ☐ other, please specify: _____

Reason for Med order/Diagnosis* _____

I assess this student to be self-directed ☐ Yes ☐ No

Student may self carry and self administer medication ☐ Yes ☐ No

Student may self carry and self administer medication on a field trip ☐ Yes ☐ No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK QUALIFICATION/CSE CONSIDERATION

☐ Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked: _____ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball

_____ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, archery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump

☐ Specify medical accommodations needed for school: _____ ☐ None

☐ Known or suspected disability: _____

☐ Restriction: _____

☐ Protective equipment required: ☐ Athletic Cup ☐ Sport goggles/impact resistant eyewear ☐ Other: _____

Provider's Signature: _____ NYS License #* _____

Provider's Name/Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

*Required This exam complies with NYSED requirements above and is valid for twelve months, with the exception of any illness or injury lasting more than five days that will require review by private healthcare provider and the school medical director.