



# Colegio Aguadeño San Francisco de Asís, Inc.

"Guiándolos hacia las exigencias de un mundo cambiante"

[colegioaguadeno@yahoo.com](mailto:colegioaguadeno@yahoo.com)

Fax. (787) 868-0505

Calle Estación #54, Aguada, PR. 00602

Tel. (787) 868-0505

## EXAMEN FÍSICO Año Escolar 20 \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

*Favor de cumplimentar la información requerida, escribiendo una (X) según aplique:*

Condiciones	Recibe Tratamiento		Lugar Donde Recibe Tratamiento y Nombre del Médico
	Si	No	
Apariencia General			
Nutrición			
Postura			
Piel			
Vista			
Espejuelos			
Estrabismo (Ojo Virado)			
Oídos			
Audición Defectuosa			
Problemas de la Piel			
Garganta			
Glandulas Linfáticas			
Nariz			
Catarros Frecuentes			
Pulmones			
Corazón			
Alta Presión			
Problemas del Habla			
Condiciones Emocionales			
Infecciones Urinarias			
Riñones			
Epilepsia			
Caries o Encías Inflamadas			
Diabetes			
Obesidad			
Asma			
Dolores de Cabeza Frecuentes			
Convulsiones (Generales o Parciales)			
Accidentes con Traumas Severos			
Diarrea Frecuentes			



# Colegio Aguadeño San Francisco de Asís, Inc.

"Guiándolos hacia las exigencias de un mundo cambiante"

[colegioaguadeno@yahoo.com](mailto:colegioaguadeno@yahoo.com)  
Fax. (787) 868-0505

Calle Estación #54, Aguada, PR. 00602  
Tel. (787) 868-0505

Condiciones	Recibe Tratamiento		Lugar Donde Recibe Tratamiento y Nombre del Médico
	Si	No	
Tos Persistente			
Dolores Musculares o de las Coyunturas			
Mareos			
Ceguera, Orzuelos			
Bajo Peso			
Problemas de Tiroides			
Hernia			
Fiebre Reumática			
Parásitos			
Alergias			
Genitales			
Otras:			

¿Es el estudiante alérgico a algún medicamento o antibiótico? Sí ( ) No ( ) Indique cuál: \_\_\_\_\_

¿Dónde su hijo recibe atención de emergencia? \_\_\_\_\_

¿Ha sido operado? Sí ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún accidente? Sí ( ) No ( ) Tratamiento Sí ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_

Referido: Sí ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_ Seguimiento Sí ( ) No ( )

Próxima cita: \_\_\_\_\_ Alta: Sí ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_

Educación Física o actividad permitida: Sí ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_

Restringida: \_\_\_\_\_

Dieta especial Sí ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_

Medicamento de uso prolongado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*\*\*Nota: Ley #186 Prohíbe la utilización del número de seguro social como identificación rutinaria.