



Bureau of Community Health Systems
Division of School Health

Private or School
PHYSICAL EXAMINATION
OF SCHOOL AGE STUDENT

PARENT / GUARDIAN / STUDENT:

Complete page one of this form before student's exam. Take completed form to appointment.

Student's name _____ Today's date _____

Date of birth _____ Age at time of exam _____ Gender: Male Female

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

Does the student have any allergies? No Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)

Medicines Pollens Food Stinging Insects

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: <i>Has the student?</i>	YES	NO
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infection Other: _____		
2. Ever stayed more than one night in the hospital?		
3. Ever had surgery?		
4. Ever had a seizure?		
5. Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a testicle (males), spleen, or any other organ?		
6. Ever become ill while exercising in the heat?		
7. Had frequent muscle cramps when exercising?		
HEAD/NECK/SPINE: <i>Has the student?</i>	YES	NO
8. Had headaches with exercise?		
9. Ever had a head injury or concussion?		
10. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
11. Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?		
12. Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?		
13. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
14. Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?		
15. Been prescribed glasses or contact lenses?		
HEART/LUNGS: <i>Has the student?</i>	YES	NO
16. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Heart murmur or heart infection <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kawasaki disease <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?		
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded DURING or AFTER exercise?		
20. Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?		
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?		
BONE/JOINT: <i>Has the student?</i>	YES	NO
22. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?		
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?		
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?		
SKIN: <i>Has the student?</i>	YES	NO
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?		

GENITOURINARY: <i>Has the student?</i>	YES	NO
29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?		
31. FEMALES ONLY: Had a menstrual period? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes: At what age was her first menstrual period? _____ How many periods has she had in the last 12 months? _____ Date of last period: _____		
DENTAL	YES	NO
32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?		
33. Name of student's dentist: _____ Last dental visit: <input type="checkbox"/> less than 1 year <input type="checkbox"/> 1-2 years <input type="checkbox"/> greater than 2 years		
SOCIAL/LEARNING: <i>Has the student?</i>	YES	NO
34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?		
35. Been bullied or experienced bullying behavior?		
36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?		
37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?		
40. Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?		
FAMILY HEALTH	YES	NO
42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Anemia/blood disorders <input type="checkbox"/> Inherited disease/syndrome <input type="checkbox"/> Asthma/lung problems <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Behavioral health issue <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease Other: _____		
43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Brugada syndrome <input type="checkbox"/> QT syndrome <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Marfan syndrome <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Ventricular tachycardia <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained seizures, or experienced a near drowning?		
45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age 50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?		
QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO
46. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the health care provider? (If yes, write them on page 4 of this form.)		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student _____ Date _____

PHYSICAL EXAM

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes No

Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: () inches				
Weight: () pounds				
BMI: ()				
BMI-for-Age Percentile: () %				
Pulse: ()				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION

Parent/guardian present during exam: Yes No

Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office School Date of exam _____ 20____

Print name of examiner _____

Print examiner's office address _____ Phone _____

Signature of examiner _____ MD DO PAC CRNP

HEALTH CARE PROVIDERS: Please photocopy immunization history from student's record and attach.



pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

**Examen físico
PRIVADO O ESCOLAR
DEL ALUMNO EN EDAD ESCOLAR**

PADRE/MADRE/TUTOR/ALUMNO:

Complete la primera página de este formulario antes del examen del alumno. Lleve el formulario completo a la cita.

Oficina de Sistemas de salud comunitarios
División de salud escolar

Nombre del alumno _____ Fecha de hoy _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad al momento del examen _____ Sexo: Masculino Femenino

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? No Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas).
 Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas SI o NO; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuesta desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD: El alumno:	SI	NO
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nómbrala: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección Otra _____		
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?		
3. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
4. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?		
5. ¿Ha tenido antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (si es hombre), el bazo o algún otro órgano, o no tiene alguno de estos órganos en la actualidad?		
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal mientras hacía ejercicio expuesto al calor?		
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?		
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL: El alumno:	SI	NO
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza al hacer ejercicio?		
9. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o confusión en la cabeza?		
10. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?		
11. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?		
12. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?		
13. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?		
14. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?		
15. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recatados?		
CORAZÓN/PULMONES: El alumno:	SI	NO
16. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
17. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o infección cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____		
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).		
19. ¿Ha tenido tos, jadeo, dificultad al respirar, falta de aliento o se ha sentido mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
20. ¿Ha sentido malestar, dolor, sensación de ahogo u opresión en el pecho durante el ejercicio?		
21. ¿Ha sentido que el corazón se acelera o saltea latidos durante el ejercicio?		
HUESOS/ARTICULACIONES: El alumno:	SI	NO
22. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?		
23. ¿Ha tenido lesiones en un músculo, ligamento o tendón?		
24. ¿Ha tenido una lesión que requirió aparatos ortopédicos, yeso, muletas o aparatos ortopédicos?		
25. ¿Ha necesitado una radiografía, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, una inyección o fisioterapia luego de una lesión?		
26. ¿Ha sentido dolor, inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?		
PIEL: El alumno:	SI	NO
27. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?		
28. ¿Ha tenido herpes o alguna infección cutánea por SARM?		

APARATO GENITOURINARIO: El alumno:	SI	NO
29. ¿Ha tenido dolor en la ingle o una protuberancia o hemia dolorosa en el área de la ingle?		
30. ¿Ha tenido antecedentes de infecciones en el tracto urinario o de orinarse en la cama?		
31. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el período menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: ¿A qué edad fue su primer período menstrual? _____ ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____ Fecha del último período: _____		
DENTAL: El alumno:	SI	NO
32. ¿Ha tenido algún dolor o problema en las encías o dientes?		
33. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista: <input type="checkbox"/> menos de 1 año <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 años <input type="checkbox"/> más de 2 años		
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE: El alumno:	SI	NO
34. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH, etc.?		
35. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?		
36. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma u otros acontecimientos de vida importantes?		
37. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?		
38. ¿Ha estado preocupado, triste, disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?		
39. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación o entusiasmo?		
40. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso; ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?		
41. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?		
SALUD FAMILIAR: El alumno:	SI	NO
42. ¿Existen antecedentes familiares de las siguientes enfermedades? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Anemia/trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Enfermedades/síndromes hereditarios <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico o anemia drepanocítica Otra _____		
43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome de QT <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____		
44. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones sin explicación, o ahogamiento inminente?		
45. ¿Algún familiar/pariente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 50 años de edad o ha sufrido una muerte súbita inesperada/sin explicación antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos sin explicación, síndrome de muerte súbita infantil)?		
PREGUNTAS O INQUIETUDES: El alumno:	SI	NO
46. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre, madre o tutor quisieran analizar con el proveedor de atención médica? (Si la respuesta es sí, escríbalas en la página 4 de este formulario).		

Por el presente, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la escuela y los proveedores de atención médica.

Firma del Padre/Madre/Tutor/Alumno emancipado _____ Fecha _____

Adapted in part from the Pre-participation Physical Evaluation History Form; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

PHYSICAL EXAM

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes No

Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: () inches				
Weight: () pounds				
BMI: ()				
BMI-for-Age Percentile: () %				
Pulse: ()				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION

Parent/guardian present during exam: Yes No

Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office School Date of exam _____ 20____

Print name of examiner _____

Print examiner's office address _____ Phone _____

Signature of examiner _____ MD DO PAC CRNP

HEALTH CARE PROVIDERS: Please photocopy immunization history from student's record and attach.