



LSDVI Centro de salud para los estudiantes INFORME MÉDICO

(DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO O UN PROFESIONAL AUTORIZADO)

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Altura:	Peso:	IMC:	Tensión sanguínea:	Pulso:	Temp:	Resp:
------------------------	----------------------	---------	-------	------	--------------------	--------	-------	-------

DIAGNOSTICO(S) MÉDICO(S) _____

Examen del sistema	Dentro de límites normales	Por encima límites normales	Comentarios	Resultados del examen físico	Dentro de límites normales	Por encima límites normales	Comentarios
Ocular				Piel			
Otorrinolaringólogo				Cabeza			
Cardiovascular				Vista			
Respiratorio				ORL			
Producción de urina				Boca y dientes			
Gastrointestinal				Cuello			
Musculoesquelético				Pecho			
Integumentario				Corazón			
Neurológico				Pulmones			
Psíquico				Abdomen			
Endocrino				Geniales (escala de Tanner)			
Linfohemático				Huesos, articulaciones y músculos			
Alérgico inmunológico				Neurológico			
				Prueba de escoliosis			

¿Ha tenido alguna operación/hospitalización en el último año? Si es así, explíquelo:

¿Tiene el alumno alguno de los siguientes dispositivos médicos?

<input type="checkbox"/> Tubos en los oídos (tubos PE)	<input type="checkbox"/> Válvula de derivación (VP)	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Miembro artificial
<input type="checkbox"/> Traqueotomía	<input type="checkbox"/> Gastrostomía/Sonda de alimentación	<input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos / dentales	<input type="checkbox"/> Diálisis Derivación
<input type="checkbox"/> Implante coclear	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Prótesis ocular	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
<input type="checkbox"/> Otro (cual):			

¿Tiene restricciones en actividades físicas? (Gimnasia, deportes de competición, etc.)

Sí No **Si respondió que sí, explíquelo:**

¿Necesita acomodación en la clase? (Permiso para ir al baño, etc.)

Sí No **Si respondió que sí, explíquelo:**

¿Tiene las vacunas recomendadas para su edad? (Dens una copia de la cartilla de vacunación actualizada).

Sí No **Si respondió que sí, explíquelo:**

¿Alguna dieta especial?

Sí No **Si respondió que sí, explíquelo:**

¿Tiene alergias? (medicamentos, alimentos, látex, insectos, medio ambiente, etc.) Sí No

Enumere las alergias y las reacciones que provocan:

¿Necesita epinefrina? (Si respondió que sí, complete el formulario de medicación). Sí No

¿Toma ALGUNA medicación?

El estudiante **NO** toma ninguna medicación

SÍ, el estudiante toma las siguientes medicaciones: _____
(Indique todos los medicamentos que debe tomar durante las horas de clase).

***Aviso al médico:** – Somos una escuela semi **RESIDENCIAL**. Este estudiante puede residir en el campus de Baton Rouge, LA. Si se receta CUALQUIER medicación (De tipo clasificadas o Cuando lo necesite, Recetada o Sin receta, vitaminas o suplementos dietéticos) se deben proporcionar las recetas en el Formulario de Solicitud de Medicación adjunto, de acuerdo con R.S. 17:436.1 (2001). (Los médicos deben establecer planes de emergencia para los alumnos con asma, diabetes y que puedan necesitar epinefrina).

<p style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">Firma del médico</p> <p>Nombre del médico en letras de molde</p>	Fecha:	Sello de la oficina obligatorio:	<p>Enviar por correo o fax a: LSDVI Student Health Center 2888 Brightside Drive Baton Rouge, LA 70820 Fax (225) 757-3430 Teléfono (225) 757-3247</p>
	Teléfono:		
	Fax:		