

Distrito Escolar Unificado de Kenosha No. 1  
Departamento de Atletismo, Salud y Educación Física

DOCUMENTO DE EXAMINACIÓN DE SALUD

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

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

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tlfno: \_\_\_\_\_

EL ESTUDIANTE PREVIAMENTE MENCIONADO HA SIDO  
EXAMINADO Y FUE ENCONTRADO FÍSICA Y EMOCIONALMENTE  
CAPACITADO PARA PARTICIPAR PLENAMENTE EN EL  
PROGRAMA ESCOLAR INCLUYENDO EDUCACIÓN FÍSICA Y  
NATACIÓN.

La escuela debe estar consciente de los siguientes problemas médicos (si no hay  
problemas, indicar NINGUNO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inmunizaciones (Fecha Completa Mes/Día/Año):

DTP/DTaP/DTd: \_\_\_\_\_

Polio: \_\_\_\_\_

MMR: \_\_\_\_\_ Hep B: \_\_\_\_\_

Anti-Varicela: \_\_\_\_\_ (O) Fecha de la enfermedad \_\_\_\_\_

Fecha del Examen: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

