

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: _____

