

Kenosha Unified School District

HEALTH EXAMINATION RECORD
REGISTRO DEL EXAMEN FÍSICO

Student Name: _____ Date of Birth _____
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento

Parent Name: _____
Nombre del Padre/Madre

Date of Exam: _____
Fecha del reconocimiento físico

THE ABOVE CHILD HAS BEEN EXAMINED AND FOUND TO BE PHYSICALLY,
AND EMOTIONALLY CAPABLE OF CARRYING A FULL SCHOOL PROGRAM
INCLUDING PHYSICAL EDUCATION AND SWIMMING.

EL NIÑO(A) MENCIONADO(A) ANTERIORMENTE FUE EXAMINADO(A) Y FUE
ENCONTRADO(A) FÍSICA Y EMOCIONALMENTE CAPAZ DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA
ESCOLAR INCLUYENDO EDUCACIÓN FÍSICA Y NATACIÓN.

The school should be aware of the following medical problems: (If none, state NONE)
La escuela debe estar consciente de los siguientes problemas de salud: (Si no hay ninguno, escribir
NINGUNO)

Immunizations received during this exam

Inmunización recibida durante éste examen

- DTP/DTaP/DTd
- Tdap
- Polio
- HepB
- MMR
- Varicella
- Other _____

Signature of Examining Physician
Firma del médico haciendo el examen

M.D., D.O.

Date
Fecha