

MASSACHUSETTS SCHOOL HEALTH RECORD

Health Care Provider's Examination

Name _____ Male Female Date of Birth: _____

Medical History _____

Pertinent Family History

Current Health Issues

- Y** **N**
- Allergies: Please list: Medications _____ Food _____ Other _____
History of Anaphylaxis to: Epi-Pen®: Yes No
- Asthma: Asthma Action Plan Yes No (*Please attach*)
- Diabetes: Type I Type II
- Seizure disorder:
- Other (*Please specify*)

Current Medications (if relevant to the student's health and safety) Please circle those administered in school; a separate medication order form is needed for each medication administered in school.

Physical Examination

Date of Examination: _____

Hgt.: _____ (____%) Wgt.: _____ (____%) BMI: _____ (____%) BP: _____

(Check = Normal / If abnormal, please describe.)

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> General | <input type="checkbox"/> Lungs | <input type="checkbox"/> Extremities |
| <input type="checkbox"/> Skin | <input type="checkbox"/> Heart | <input type="checkbox"/> Neurologic |
| <input type="checkbox"/> HEENT | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Dental/Oral | <input type="checkbox"/> Genitalia | |

Screening:

- | | | | | | |
|-------------------|---|--------------------|---|-------------------------------|---|
| | (Pass) (Fail) | | (Pass) (Fail) | | (Pass) (Fail) |
| Vision: Right Eye | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hearing: Right Ear | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Postural Screening: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Left Eye | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Left Ear | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (Scoliosis/Kyphosis/Lordosis) | |
| Stereopsis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |

Laboratory Results: Lead _____ Date _____ Other

The entire examination was normal:

Targeted TB Skin Testing: Med.-to-High risk (exposure to TB; born, lived, travel to TB endemic countries; medical risk factors):

TB Test Type: TST IGRA Date: _____ Result: Positive Negative Indeterminate/Borderline

Referred for evaluation to: _____ Low risk (no TST done)

This student has the following problems that may impact his/her educational experience:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vision | <input type="checkbox"/> Hearing | <input type="checkbox"/> Speech/Language | <input type="checkbox"/> Fine/Gross Motor Deficit |
| <input type="checkbox"/> Emotional/Social | <input type="checkbox"/> Behavior | <input type="checkbox"/> Other | |

Comments/Recommendations: _____

Y N This student may participate fully in the school program, including physical education and competitive sports. If no, please list restrictions: _____

Y N Immunizations are complete: If no, give reason: Please attach Massachusetts Immunization Information System Certificate or other complete immunization record.

Signature of Examiner _____

Circle: MD, DO, NP, PA

Date _____

Please print name of Examiner _____

Group Practice _____

Telephone _____

Please attach additional information as needed for the health and safety of the student.

MDPH 08/09/19

Address

City

State

Zip Code

Please attach additional information as needed for the health and safety of the student.

MDPH 08/09/19

Registro de Salud Escolar de Massachusetts

Examinación del Proveedor Médico

Nombre _____ Masc. Fem. Fecha de nacimiento: _____
Historial médico _____

Historia Familiar pertinente

Los problemas de salud actuales

- Y** **N**
- Alergias: Favor de poner en lista: Medicamentos _____ Alimentos _____ Otro _____
Antecedentes de anafilaxia a: Epi-Pen®: Sí No
- Asma: Plan de Acción para el asma Sí No (Por favor adjunte)
- Diabetes: Tipo I Tipo II
- Trastorno convulsivo:
- Otro (especifique)

El medicamento actual (si es relevante para la salud y seguridad del estudiante) Por favor *círculo* aquellos administrados en la escuela; una orden de medicación de forma separada es necesaria para cada medicamento administrado en la escuela.

Examen físico

Fecha de examen: _____

Alt. _____ (_____ %): Pes. _____ (_____ %) IMC: _____ (_____ %) PS: _____
(Marcar = Normal / Si anormal, describa).

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> General | <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Extremidades |
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Neurológico |
| <input type="checkbox"/> COONG | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Otro |
| (Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta) | <input type="checkbox"/> Dental/Oral | <input type="checkbox"/> Genitales |

Chequeo:

	(Pas)	(Fall)		(Pas)	(Fall)		(Pas)	(Fall)		
Visión:	Ojo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audición:	Oído derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chequeo postural:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oído izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Escoliosis y cifosis o lordosis)		
	Estereopsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Resultados de laboratorio: Plomo _____ Fecha _____ Otro

El examen entero fue normal:

La prueba cutánea de TB selectiva: Med.-a-Alto riesgo (exposición a la tuberculosis; nació, vivió, viajar a países endémicos de TB; factores médicos de riesgo): Tipo de prueba de TB: TST IGRA Fecha: _____ Resultado: Positivo Negativo Indeterminado/Fronterizo

Para una evaluación referido a: Bajo riesgo (TST no fue hecho)

Este estudiante tiene los siguientes problemas que pueden afectar su experiencia educativa:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje | <input type="checkbox"/> Déficit Motor Fino/Gruoso |
| <input type="checkbox"/> Emocional/Social | <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Otro | |

Comentarios/recomendaciones: _____

S N Este estudiante podrá participar plenamente en el programa escolar, incluida la educación física y el deporte competitivo. Si no, haga una lista de restricciones: _____

S N Inmunizaciones se administraron: Si no, dar la razón: Por favor adjunte el certificado del sistema informático de inmunización de Massachusetts u otro récord de inmunización administrada.

Firma del examinador _____ *marque:* MD, DO, NP, PA Fecha _____ *Escriba en letras de molde el nombre del examinador*

La clínica _____ Teléfono _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código Zip

Please attach additional information as needed for the health and safety of the student.

MDPH 08/09/19