

## PENNSYLVANIA STATE REQUIRED PHYSICAL EXAMS

The School Health Law of Pennsylvania requires all children to have a physical examination upon original entry into school (Kindergarten or First Grade), and in the sixth and eleventh grades. You are encouraged to have this examination done by your Family Physician at your expense. The PRIVATE PHYSICIAN'S REPORT FORM is attached. This may be done at the same time your child has a Physical Examination for summer camp, routine yearly checkup, daycare, working papers, or driver's license. Physicals done within one year are acceptable.

If you do not have health insurance call toll-free 1-877-223-5956 or go to the Lehigh County Public Assistance @ 555 Union Blvd, Suite 3, Allentown, PA, 18109; Phone:610-821-6509. If additional help is needed, please call your school nurse.

**Immunizations** are available at the Allentown Health Bureau at 6<sup>th</sup> and Chew St. Call 610-437-7754 for an appointment.

1. Your family physician
2. Allentown Health Bureau  
245 N. Sixth Street  
610-437-7754 for an appointment  
No insurance or MA

THERE WILL BE A SLIDING SCALE FEE AT CLINICS FOR ALL EXCEPT THOSE WITH  
MEDICAL ASSISTANCE CARDS

Please return the form below to the school nurse within 3 days

Name of student \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Homeroom \_\_\_\_\_

Name of Dr/Clinic \_\_\_\_\_

Name of Insurance \_\_\_\_\_

Appt Date and time \_\_\_\_\_

3. Vida Nueva at Casa Guadalupe  
218 N. Second St  
610-841-8400 for an appointment

4. Star Wellness Pediatric Clinic  
450 W. Chew Street  
484-526-3060  
Must be a current patient or become a patient  
VFC Provider

5. Star Wellness Family Practice  
450 W. Chew Street  
610-628-8380  
Must be a current patient or become a patient  
VFC Provider

6. Neighborhood Centers of the Lehigh Valley  
218 N. Second St  
610-841-8400  
Must be a current patient or become a patient  
VFC Provider

7. LVHN Children's Clinic  
17<sup>th</sup> and Chew Street  
610-402-2273 for an appointment  
Must be a current patient or become a patient  
VFC Provider

## EL ESTADO DE PENNSYLVANIA REQUIERE EXAMENES

La Ley de Salud Escolar de Pennsylvania requiere que todos los niños reciban un examen físico cuando ingresan a la escuela (en Jardín de Infantes o Primer Grado), y en los grados seis y once. Le animamos que hagan este examen por medio de su Médico familiar. Hemos incluido el formulario "REPORTE DE SU MEDICO DE FAMILIA." Esto se puede llevar a cabo cuando su hijo/hija le han dado un examen físico para el campamento de verano, tiene su revisión anual con el médico, va a obtener un permiso de trabajo o cuando pide la licencia de conducir. Los exámenes físicos tienen validez de un año.

Si usted no tiene seguro médico puede llamar gratis al 1-877-223-5956o puede ir a la Oficina de Servicio Público que queda en la esquina de la calle 555 y la Union Blvd, Suite 3. Llame por favor, a su enfermera escolar si necesita más ayuda.

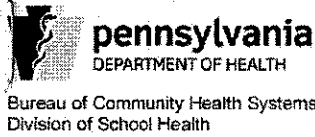
Las vacunas están disponibles en el Centro de Salud de Allentown que queda en la esquina de la calle 6 y la calle Chew. Para hacer su cita llame al 610-437-7754.

1. Su médico de familia
2. Departamento de Salud en Allentown  
245 N. 6<sup>th</sup> Street  
610- 437-7754, llamar para una cita.  
Sin Seguro Médico y/o con Asistencia Médica.
3. Vida Nueva at Casa Guadalupe  
218 N. Second Street  
610-841-8400, llamar para una cita.
4. Clínica de Pediatría Star Wellness  
450 W. Chew Street  
484-526-3060  
Solo para pacientes actuales y/o Registrarse como pacientes de la clínica  
Se proveen vacunas para niños.
5. Clínica de Familia Star Wellness  
450 W. Chew Street  
610-628-8380  
Solo para pacientes actuales y/o Registrarse como pacientes de la clínica  
Se proveen vacunas para niños.
6. Centro de Salud del Vecindario del Lehigh Valley  
218 N. Second Street.  
610-841-8400  
Solo para pacientes actuales y/o Registrarse como pacientes de la clínica  
Se proveen vacunas para niños.
7. Clínica de Pediatría del Hospital Lehigh Valley  
17 and Chew Street  
610-402-2273, llamar para una cita  
Solo para pacientes actuales y/o Registrarse como pacientes de la clínica  
Se proveen vacunas para niños.

HABRA UNA ESCALA DE PAGO EN LAS CLINICAS PARA TODOS AQUELLOS QUE NO TENGAN TARJETA MEDICA DE ASISTENCIA

Por favor devuelva el siguiente formulario a la enfermera escolar dentro de los siguientes tres días.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico/Clínica \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro Médico \_\_\_\_\_  
Día y hora de la cita \_\_\_\_\_



**Private or School  
PHYSICAL EXAMINATION  
OF SCHOOL AGE STUDENT**

**PARENT / GUARDIAN / STUDENT:**  
Complete page one of this form **before**  
student's exam. Take completed form to  
appointment.

Student's name \_\_\_\_\_ Today's date \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_ Age at time of exam \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

**Medicines and Allergies:** Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

\_\_\_\_\_

Does the student have any allergies?  No  Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)

Medicines  Pollens  Food  Stinging Insects

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: <i>Has the student...</i>	YES	NO
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infection Other _____		
2. Ever stayed more than one night in the hospital?		
3. Ever had surgery?		
4. Ever had a seizure?		
5. Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a testicle (males), spleen, or any other organ?		
6. Ever become ill while exercising in the heat?		
7. Had frequent muscle cramps when exercising?		
HEAD/NECK/SPINE: <i>Has the student...</i>	YES	NO
8. Had headaches with exercise?		
9. Ever had a head injury or concussion?		
10. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
11. Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?		
12. Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?		
13. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
14. Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?		
15. Been prescribed glasses or contact lenses?		
HEART/LUNGS: <i>Has the student...</i>	YES	NO
16. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Heart murmur or heart infection <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kawasaki disease <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?		
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded DURING or AFTER exercise?		
20. Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?		
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?		
BONE/JOINT: <i>Has the student...</i>	YES	NO
22. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?		
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?		
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?		
SKIN: <i>Has the student...</i>	YES	NO
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?		

GENITOURINARY: <i>Has the student...</i>	YES	NO
29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?		
31. FEMALES ONLY: Had a menstrual period? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes: At what age was her first menstrual period? _____ How many periods has she had in the last 12 months? _____ Date of last period: _____		
DENTAL:	YES	NO
32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?		
33. Name of student's dentist: _____ Last dental visit: <input type="checkbox"/> less than 1 year <input type="checkbox"/> 1-2 years <input type="checkbox"/> greater than 2 years		
SOCIAL/LEARNING: <i>Has the student...</i>	YES	NO
34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?		
35. Been bullied or experienced bullying behavior?		
36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?		
37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?		
40. Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?		
FAMILY HEALTH:	YES	NO
42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Anemia/blood disorders <input type="checkbox"/> Inherited disease/syndrome <input type="checkbox"/> Asthma/lung problems <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Behavioral health issue <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease Other: _____		
43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Brugada syndrome <input type="checkbox"/> QT syndrome <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Marfan syndrome <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Ventricular tachycardia <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained seizures, or experienced a near drowning?		
45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age 50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?		
QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO
46. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the health care provider? (If yes, write them on page 4 of this form.)		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HEALTH

**Examen físico  
PRIVADO O ESCOLAR  
DEL ALUMNO EN EDAD ESCOLAR**

**PADRE/MADRE/TUTOR/ALUMNO:**

Complete la primera página de este formulario antes del examen del alumno. Lleve el formulario completo a la cita.

Oficina de Sistemas de salud comunitarios  
División de salud escolar

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad al momento del examen \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

**Medicamentos y alergias:** enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia?  No  Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas).  
 Medicamentos  Polen  Alimentos  Picaduras de insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas Sí o NO; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuesta desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:	El alumno:	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nombrela: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección Otra _____			
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?			
3. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			
4. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?			
5. ¿Ha tenido antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (si es hombre), el bezo o algún otro órgano, o no tiene alguno de estos órganos en la actualidad?			
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal mientras hacía ejercicio expuesto al calor?			
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?			
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL:	El alumno:	SÍ	NO
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza al hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?			
10. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?			
11. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
12. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
13. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?			
14. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?			
15. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?			
CORAZÓN/PULMONES:	El alumno:	SÍ	NO
16. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?			
17. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o infección cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____			
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).			
19. ¿Ha tenido los jadeos, dificultad al respirar, falta de aliento o se ha sentido mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			
20. ¿Ha sentido malestar, dolor, sensación de ahogo u opresión en el pecho durante el ejercicio?			
21. ¿Ha sentido que el corazón se acelera o saltea latidos durante el ejercicio?			
HUESOS/ARTICULACIONES:	El alumno:	SÍ	NO
22. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?			
23. ¿Ha tenido lesiones en un músculo, ligamento o tendón?			
24. ¿Ha tenido una lesión que requirió aparatos ortopédicos, yeso, muletas o aparatos ortopédicos?			
25. ¿Ha necesitado una radiografía, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, una inyección o fisioterapia luego de una lesión?			
26. ¿Ha sentido dolor, inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?			
PIEL:	El alumno:	SÍ	NO
27. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?			
28. ¿Ha tenido herpes o alguna infección cutánea por SARM?			

APARATO GENITOURINARIO:	El alumno:	SÍ	NO
29. ¿Ha tenido dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
30. ¿Ha tenido antecedentes de infecciones en el tracto urinario o de orinarse en la cama?			
31. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el periodo menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: ¿A qué edad fue su primer periodo menstrual? _____ ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____ Fecha del último periodo: _____			
DENTAL:	El alumno:	SÍ	NO
32. ¿Ha tenido algún dolor o problema en las encías o dientes?			
33. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista: <input type="checkbox"/> menos de 1 año <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 años <input type="checkbox"/> más de 2 años			
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE:	El alumno:	SÍ	NO
34. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH, etc.?			
35. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?			
36. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma u otros acontecimientos de vida importantes?			
37. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?			
38. ¿Ha estado preocupado, triste, disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?			
39. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación o entusiasmo?			
40. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso; ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?			
41. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?			
SALUD FAMILIAR:	El alumno:	SÍ	NO
42. ¿Existen antecedentes familiares de las siguientes enfermedades? Si es así, marque lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Anemia/trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Enfermedades/síndromes hereditarios <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rasgo drapanocítico o anemia drapanocítica Otra _____			
43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome de QT <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____			
44. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones sin explicación, o ahogamiento inminente?			
45. ¿Algún familiar/paciente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 50 años de edad o ha sufrido una muerte súbita inesperada/sin explicación antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos sin explicación, síndrome de muerte súbita infantil)?			
PREGUNTAS O INQUIETUDES	El alumno:	SÍ	NO
46. ¿Existen preguntas o inquietudes que al alumno, padre, madre o tutor quisieran analizar con el proveedor de atención médica? (Si la respuesta es sí, escribalas en la página 4 de este formulario).			

Por el presente, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la escuela y los proveedores de atención médica.

Firma del Padre/Madre/Tutor/Alumno emancipado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Adapted in part from the Pre-participation Physical Evaluation History Form; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.