



Bureau of Community Health Systems
Division of School Health

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 _____

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: () inches				
Weight: () pounds				
BMI: ()				
BMI-for-Age Percentile: ()%				
Pulse: ()				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION
(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Date of exam _____ 20_____
Print name of examiner _____
Print examiner's office address _____ Phone _____
Signature of examiner _____ MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> CRNP <input type="checkbox"/>

HEALTH CARE PROVIDERS: *Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.*

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):

Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

NOTE: The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td	1	2	3	4	5
Polio Type: OPV or IPV	1	2	3	4	5
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4	5
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	1	2	3	4	5
Mumps disease diagnosed by physician <input type="checkbox"/>	Date: _____				
Varicella: Vaccine <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella	1	2	3	4	5
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)	1	2	3	4	5
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4	1	2	3	4	5
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)	1	2	3	4	5
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13	1	2	3	4	5
Hepatitis A (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus	1	2	3	4	5
Other Vaccines: (Type and Date)					



Departamento de Sistemas Comunitários de Saúde
Divisão de Saúde Escolar

EXAME FÍSICO particular ou escolar DE ESTUDANTE EM IDADE ESCOLAR

PAIS / RESPONSÁVEIS / ALUNO:

Preencha a primeira página deste formulário antes do exame do aluno. Leve o formulário preenchido para a consulta.

Nome do aluno _____

Data de hoje _____

Data de nascimento _____

Idade no momento do exame _____

Sexo: Masculino Feminino

Medicamentos e alergias: Liste todos os medicamentos prescritos e sem receita médica e suplementos (fitoterápicos/nutricionais) que o aluno está tomando atualmente:

O aluno tem alguma alergia? Não Sim (Em caso afirmativo, liste a alergia e a reação específicas.)

Medicamentos

Pólen

Alimentos

Insetos que picam

Preencha a seção a seguir com uma marca de verificação na coluna SIM ou NÃO; circule as perguntas para as quais você não sabe a resposta.

SAÚDE GERAL: O aluno...	SIM	NÃO
1. Tem alguma condição médica contínua? Em caso afirmativo, identifique: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecção Outra _____		
2. Já ficou mais de uma noite no hospital?		
3. Já fez alguma cirurgia?		
4. Já teve convulsão?		
5. Tem histórico de ter nascido sem ou está faltando um rim, um olho, um testículo (homens), baço ou algum outro órgão?		
6. Já ficou doente ao se exercitar no calor?		
7. Já teve câimbras musculares frequentes ao se exercitar?		
CABEÇA/PESCOÇO/COLUNA: O aluno...	SIM	NÃO
8. Já teve dores de cabeça ao se exercitar?		
9. Já teve uma lesão na cabeça ou concussão?		
10. Já teve uma batida na cabeça que causou confusão, dor de cabeça prolongada ou problemas de memória?		
11. Já teve dormência, formigamento ou fraqueza nos braços ou pernas após ser atingido ou cair?		
12. Já foi incapaz de mover os braços ou as pernas após ser atingido ou cair?		
13. Notou ou foi informado de que tem uma coluna curvada ou escoliose?		
14. Teve algum problema com os olhos (visão) ou tem histórico de lesão ocular?		
15. Foi prescrito óculos ou lentes de contato?		
CORAÇÃO/PULMÕES: O aluno...	SIM	NÃO
16. Já usou um inalador ou tomou remédio para asma?		
17. Já foi informado pelo médico de que tem um problema cardíaco? Em caso afirmativo, marque todas as opções que se aplicam: <input type="checkbox"/> Sopros cardíacos ou infecção cardíaca <input type="checkbox"/> Pressão alta <input type="checkbox"/> Doença de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Outro: _____		
18. Já foi informado pelo médico para fazer um teste cardíaco? (Por exemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)?		
19. Já teve tosse, chiado, dificuldade para respirar, falta de ar ou sensação de tontura DURANTE ou APÓS algum exercício?		
20. Já teve desconforto, dor, aperto ou pressão no peito durante algum exercício?		
21. Já sentiu o coração acelerar ou pular as batidas durante algum exercício?		
OSSO/ARTICULAÇÃO: O aluno...	SIM	NÃO
22. Já teve um osso quebrado ou fraturado, fratura por estresse ou articulação luxada?		
23. Já teve uma lesão em um músculo, ligamento ou tendão?		
24. Já teve uma lesão que exigiu uma tala, gesso, muletas ou órteses?		
25. Já precisou de um raio-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada, injeção ou fisioterapia após uma lesão?		
26. Já teve articulações que ficaram doloridas, inchadas, quentes ou vermelhas?		
PELE: O aluno...	SIM	NÃO
27. Já teve alguma erupção cutânea, úlceras de pressão ou outros problemas de pele?		
28. Já teve herpes ou uma infecção de pele por MRSA?		

GENITURINÁRIO: O aluno...	SIM	NÃO
29. Já teve dor na virilha ou uma protuberância dolorosa ou hérnia na região da virilha?		
30. Tem histórico de infecções do trato urinário ou enurese noturna?		
31. APENAS MULHERES: Já teve menstruação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo: Com que idade foi a primeira menstruação? _____ Quantas menstruações teve nos últimos 12 meses? _____ Data da última menstruação: _____		
SAÚDE BUCAL:	SIM	NÃO
32. O aluno já teve alguma dor ou problema com suas gengivas ou dentes?		
33. Nome do dentista do aluno: Última visita ao dentista: <input type="checkbox"/> menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> mais de 2 anos		
SOCIAL/APRENDIZAGEM: O aluno...	SIM	NÃO
34. Já foi informado de que tem uma dificuldade de aprendizagem, deficiência intelectual ou de desenvolvimento, atraso cognitivo, TDA/TDAH etc.?		
35. Já sofreu bullying ou apresentou comportamento de bullying?		
36. Já passou por um grande luto, trauma ou outro acontecimento significativo na vida?		
37. Já apresentou mudanças significativas no comportamento, relações sociais, notas, hábitos alimentares ou de sono; afastou-se da família ou dos amigos?		
38. Já ficou preocupado, triste, chateado ou com raiva na maior parte do tempo?		
39. Já apresentou uma perda geral de energia, motivação, interesse ou entusiasmo?		
40. Já teve preocupações com o peso; está tentando ganhar ou perder peso ou recebeu uma recomendação para ganhar ou perder peso?		
41. Já usou (ou usa atualmente) tabaco, álcool ou drogas?		
SAÚDE DA FAMÍLIA:	SIM	NÃO
42. Existe um histórico familiar do seguinte? Em caso afirmativo, marque todas as opções que se aplicam: <input type="checkbox"/> Anemia/distúrbios do sangue <input type="checkbox"/> Doença/síndrome hereditária <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas renais <input type="checkbox"/> Problema de saúde comportamental <input type="checkbox"/> Distúrbio convulsivo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Traço ou doença falciforme <input type="checkbox"/> Outra _____		
43. Existe um histórico familiar de algum dos seguintes problemas relacionados ao coração? Em caso afirmativo, marque todas as opções que se aplicam: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome do QT longo <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Pressão alta <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Outro _____		
44. Algum membro da família já teve desmaios inexplicáveis, convulsões inexplicáveis ou quase se afogou?		
45. Algum membro da família/parente morreu de problemas cardíacos antes dos 50 anos ou teve uma morte súbita inesperada/inexplicável antes dos 50 anos (inclui afogamento, acidentes de carro inexplicáveis, síndrome da morte súbita infantil)?		
PERGUNTAS OU PREOCUPAÇÕES	SIM	NÃO
46. Há alguma dúvida ou preocupação que o aluno, pais ou responsáveis gostariam de discutir com o profissional de saúde? (Em caso afirmativo, escreva na página 4 deste formulário.)		

Por meio deste, certifico que, salvo melhor crença e juízo, todas as informações são verdadeiras e completas. Dou o meu consentimento para troca de informações de saúde entre o enfermeiro da escola e os profissionais de saúde.

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável/aluno emancipado _____

Data _____

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO (página 1 deste formulário) ANALISADO ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME: Sim Não

Exame físico para a série: Jd. de inf. / 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	MARQUE UMA OPÇÃO			* RESULTADOS ANORMAIS / RECOMENDAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS
	NORMAL	* ANORMAL	ADIAR	
Altura: () polegadas				
Peso: () libras				
IMC: ()				
Percentil de IMC por idade: ()%				
Pulso: ()				
Pressão arterial: (/)				
Cabelo/couro cabeludo				
Pele				
Olhos/visão Corrigida <input type="checkbox"/>				
Ouvidos/Audição				
Nariz e garganta				
Dentes e gengiva				
Glândulas linfáticas				
Coração				
Pulmões				
Abdômen				
Geniturinário				
Sistema neuromuscular				
Extremidades				
Coluna (escoliose)				
Outra				

TESTE TUBERCULÍNICO	DATA DE APLICAÇÃO	DATA DE LEITURA	RESULTADO / ACOMPANHAMENTO

CONDIÇÕES MÉDICAS OU DOENÇAS CRÔNICAS QUE EXIGEM MEDICAMENTOS, RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE, OU QUE PODEM AFETAR A EDUCAÇÃO

(Espaço adicional na página 4)

Pai/mãe/responsável presente durante o exame: Sim Não

Exame físico realizado em: Consultório do profissional de saúde pessoal Escola Data do exame _____ 20__

Nome do examinador em letra de forma _____

Endereço do consultório do examinador _____ Telefone _____

Assinatura do examinador _____ MD DO PAC CRNP

PROFISSIONAIS DE SAÚDE: *Faça uma cópia do histórico de vacinação do registro do aluno – OU – insira as informações abaixo.*

ISENÇÕES DE IMUNIZAÇÃO:

Médica Data de emissão: _____ Motivo: _____ Data de rescisão: _____
 Médica Data de emissão: _____ Motivo: _____ Data de rescisão: _____
 Médica Data de emissão: _____ Motivo: _____ Data de rescisão: _____

OBSERVAÇÃO: Os pais/responsáveis devem fornecer uma solicitação por escrito à escola para uma isenção religiosa

VACINA	DOCUMENTAR: (1) Tipo de vacina; (2) Data (mês/dia/ano) de cada imunização				
	1	2	3	4	5
Difteria/Tétano/Coqueluche (criança) Tipo: DTaP, DTP ou DT					
Difteria/Tétano/Coqueluche (adolescente/adulto) Tipo: Tdap ou Td					
Pólio Tipo: VPO ou VIP					
Hepatite B (HepB)					
Sarampo/caxumba/rubéola (MMR)					
Caxumba diagnosticada pelo médico <input type="checkbox"/>	Data: _____				
Varicela: Vacina <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/>					
Sorologia: (Identificar Antígeno/Data/POS ou NEG) ou seja, Hep B, Sarampo, Rubéola, Varicela					
Vacina Meningocócica Conjugada (MCV4)					
Tipo de Papilomavírus Humano (HPV): HPV2 ou HPV4					
Influenza Tipo: TIV (injetado) LAIV (nasal)					
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Tipo b (Hib)					
Tipo de Vacina Pneumocócica Conjugada (PCV): 7 ou 13					
Hepatite A (HepA)					
Rotavírus					
Outras vacinas: (Tipo e Data)					

