

**NEENAH JOINT SCHOOL DISTRICT
 REPORTE DE LA EXAMINACION FISICA**

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Condiciones Medicas de Interes para el Personal de la Escuela

Algunas Limitaciones Fisicas o Actividades de la Escuela Restringidas

Receta de Medicaciones

Vision R 20/ _____ L 20/ _____

Audiencia R oreja _____

L oreja _____

Immunizaciones: Liste todas las inmunizaciones que a recibido, incluyendo la inmunizaciones de la infancia..

Por favor circule la inmunizacion apropiada		Por favor circule la inmunizacion apropiada					
DTP/DTaP/DT/Td	1	OPV/IPV	1	MMR	1	Hepatitis B	1
DTP/DTaP/DT/Td	2	OPV/IPV	2	MMR	2	Hepatitis B	2
DTP/DTaP/DT/Td	3	OPV/IPV	3	HIB	1	Hepatitis B	3
DTP/DTaP/DT/Td	4	OPV/IPV	4	HIB	2	TB Test/Result	
DTP/DTaP/DT/Td	5	OPV/IPV	5	HIB	3	Varicella Vaccine	
Td Booster				HIB	4	Varicella Enfermedad (Mes/dia/año)	

Me gustaria que una Enfermera (), Maestra () me contacte sobre mi niño(a).

Fecha de Examinación _____ Firma del Doctor haciendo el Examen _____

Dirección _____

REGRESE EL EXAMEN AL: Department of Public Health, City Hall, 211 Walnut Street, PO Box 426, Neenah, WI 54957-0426.