

**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 Varicella Enfermedad (Mes/dia/año)	
Td Booster				HIB	4		

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.