



FORMA FISICA de la EXAMINACIÓN

Ser completado por un médico licenciado, o por ayudante de médico, dentro de los últimos 12 meses.

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Altura _____ Peso _____

Tensión _____

Código: (√) Normal (X) Anormal, explica por favor:

Piel _____ Pecho _____

Ojos _____ Garganta _____

Orejas _____ Dientes _____

Nariz _____ Corazón _____

Abdomen _____ Extremidades _____

Cualquier restricciones de dieta o actividad? _____

Si sí, explica por favor _____

Régimen de medicinas regulares (inclusive medicinas de alergia):

¿Requisitos especiales de la salud y sugerencias para el tratamiento mientras en la granja?

Complete por favor el gráfico de la inmunización abajo indicando la fecha de vacuna. DPT:	DT/dt :
OVP:	IPV:
HEP:	MMR:

La autorización del médico para la participación en el programa

El niño en esto describió y examinó está bien de salud y puede tomar parte en todas actividades de la granja.

Firma de médico _____ Fecha _____

El Nombre del médico (por favor impresión claramente) _____

Dirección de dispensario _____

El teléfono # _____