Certificación de Examen Físico

Un formulario impreso o mecanografiado firmado por un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera especializada que indique que se administró un examen físico en una fecha específica dentro del período de **seis meses anterior** a una persona específicamente nombrada constituye evidencia suficiente de un examen físico por parte de un examinador calificado. Código Administrativo de Nebraska, Título 173, Capítulo 3, Sección 3-006 (rev. 2/7/04).

Nombre del estudiante	Escuela	Grado
Código Postal	Fecha de Nacimiento	Sexo: ☐ M ☐ F
Nombre del médico		

PARTE I: Al firmar a continuación, el médico forense calificado (médico, asistente médico, enfermera registrada de práctica avanzada) certifica que el estudiante especificado recibió un examen físico completo, según lo requiere el Estatuto Revisado de Nebraska 79-214, para ingresar a la escuela en el grado principiante (Kindergarten o 1er grado), séptimo grado o transferencia fuera del estado a cualquier grado.

Fecha del examen físico:

Firma del médico examinador

Nombre en letra de imprenta del médico forense

Evaluación visual completada: ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo: proporcione un informe:

Evaluación visual Informe	**APROBADO**	**REPROBADO**	**Recomendar más Evaluación**
Ambliopía	☐	☐	☐
Estrabismo	☐	☐	☐
Salud Interna del Ojo	☐	☐	☐
Salud Externa del Ojo	☐	☐	☐
Agudeza visual	☐	☐	☐

20 pies: Derecha 20/_____ Izquierda 20/_____ con/sin gafas

16 pulgadas: Derecha 20/_____ Izquierda 20/_____ con/sin gafas

PARTE II: Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para la divulgación de esta información para:

Nombre de la escuela

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta/relación con el estudiante

Dirección del examinador o sello de la clínica: