



Paterson Day Care 100 inc.  
363 Broadway  
Paterson, NJ 07501

EXAMENES FÍSICOS Y EXÁMENES  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES / TUTORES

**NECESARIO**

N.J.A.C. 6A: 16-2.2 y N.J.S.A. 18A: 40-4. Los padres deberán proporcionar documentación de que se ha realizado un examen médico en el hogar médico del estudiante y un informe enviado a la enfermera de la escuela. Dentro de los 30 días posteriores a la inscripción en la escuela. El examen físico completo se documentará en el formulario aprobado del distrito escolar e incluirá las vacunas, el historial médico, incluidas las alergias, enfermedades graves anteriores, lesiones y operaciones, medicamentos y problemas de salud actuales, exámenes de salud que incluyen altura, peso, audición, presión arterial y visión. Este examen debe indicar qué modificaciones, si las hay, son necesarias para participar plenamente en el programa escolar. Un estudiante será examinado de conformidad con una evaluación integral del equipo de estudio del niño y cuando solicite los documentos de trabajo.

**ESCUELA DE ATLETISMO ESCOLAR O EQUIPO:**

Se realizará un examen de cada candidato para un equipo o equipo de atletismo escolar dentro de los 365 días previos a la primera sesión de práctica. Para el examen físico requerido para la participación, el padre / tutor del estudiante puede elegir el médico de la escuela o su propio médico privado. Este examen debe documentarse en el formulario aprobado de examen físico previo a la participación atlética del Departamento de Educación de Nueva Jersey.

**RECOMENDADO:**

Cada examen médico posterior se llevará a cabo en el hogar médico del estudiante y se enviará un informe a la escuela al menos una vez durante cada etapa de desarrollo en la primera infancia, preadolescencia y adolescencia.  
Jardín de infantes, sexto grado, octavo grado y décimo grado.

**Exámenes de Salud**

En la escuela, la enfermera de la escuela y/ o el médico de la escuela llevarán a cabo exámenes de salud, incluyendo altura, peso, visión, audición, presión arterial, exámenes de escoliosis bienales y referencias.

Se conservará una copia de este formulario de consentimiento / notificación firmado con los registros de salud de su hijo.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_