

**CONSENT FOR SCHOOL PHYSICAL**

Students in kindergarten or first grade, sixth grade, and eleventh grade are required to have physical examinations. This includes students K-12 without documented physical examinations. This can be done by your private physician or by the school medical examiner. You are encouraged to have this examination done by your family physician since he/she is familiar with your child's past medical history. A private examination also allows each student to receive mandated immunizations by the state.

The school medical exam will include examination of:

- Ears, nose, mouth, and throat
- Neck
- Chest - heart and lungs
- Abdomen
- Musculo/skeletal
- Neurologic

You will be informed in writing or by phone call of any abnormality.

Please sign and return this form to the school nurse. If you refuse to have the school medical examiner complete this examination, you are responsible to complete a private examination to comply with the Pennsylvania mandate. You will be notified when the examination is scheduled. All parents are encouraged to attend.

Please call the school nurse with any questions.

---

**School Physical Examination**

---

Name	Grade
------	-------

- I will have this examination done by my doctor and return the private examination form to the school nurse.
- I give permission for my child to be examined by the Bethlehem Area School District's authorized medical examiner.

---

Date	Signature Parent/Guardian
------	---------------------------

---

## CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN FÍSICO ESCOLAR

El distrito requiere que se le haga un examen físico a los estudiantes en los grados de kindergarten, primero, sexto, y undécimo(11). Esto incluye también otros estudiantes entre kindergarten y el grado doce quienes no tengan un examen físico en sus récords. Este examen puede ser hecho por su médico privado o clínica o por el médico escolar. Se sugiere que, si puede, haga este examen con su médico privado/clínica donde conocen el historial médico de su niño. Ellos pueden también ponerle al niño las vacunas que requiere el estado.

El examen escolar habrá de incluir lo siguiente:

- Los oídos, nariz, boca y garganta
- El cuello
- El pecho, el corazón y los pulmones
- El abdomen
- Los músculos/huesos
- Examen neurológico

Se le informará a usted si se encuentra algo fuera de lo normal.

Favor de completar, firmar, y devolver esta forma a la enfermera escolar. Si usted rehusa a que el examen se haga en la escuela, tendrá entonces la responsabilidad de hacerlo con su médico/clínica para cumplir con lo requerido por el estado. La escuela le informará cuando se hará el examen. Se exhorta a los padres a que estén presentes para el examen.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la enfermera escolar.

---

### EXAMEN FÍSICO ESCOLAR

---

Nombre del estudiante

---

Grado

\_\_\_\_\_ Mi médico/clínica hará el examen y yo devolveré esta forma a la enfermera.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo/hija sea examinado en la escuela por el médico del distrito.

---

Fecha

---

Firma del Padre/Encargado