

EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LHSAA
Página 2 de 2

IMPORTANTE: Este formulario debe completarse *anualmente*, mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____

II. PARA QUE COMPLETE ANUALMENTE EL MÉDICO (MD), MÉDICO OSTEÓPATA (DO), ENFERMERO (APRN) o AUXILIAR MÉDICO

EXAMEN MÉDICO GENERAL: