

Información sobre la Historia Clínica

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Dirección: _____

Por favor marque "si" si hijo presenta síntomas que podrían presentarse la escuela

Hemorragias Nasales	SI o NO	Desmayos	SI o NO	Problemas Renales	SI o NO
Mareos	SI o NO	Tos habitual	SI o NO	Dolores de Cabeza	SI o NO
Dolor Menstrual	SI o NO	Salud Mental	SI o NO	Vías respiratorias	SI o NO
Se Cansa fácilmente	SI o NO				

OTRO (ESPECIFICAR): _____ OTRO (ESPECIFICAR): _____

El historial pasado y presente (por favor enumere los problemas en caso de ser necesario)

Alergias (Por favor enumere): _____ Úlceras: SI o NO

Alergias (Continuación): _____

Asma: SI o NO Diabetes: SI o NO

Convulsiones: SI o NO Alérgico(a) a los piquetes de abejas: SI o NO

Apendicectomía: SI o No (SI marcó SI) Cuando? _____

Problemas urinarios o de eliminación: SI o NO Explique: _____

Problemas Ortopédico (Huesos, articulaciones, músculos, pies): _____

¿Su hijo(a) ha tenido la viruela? SI o NO ¿Si si cuándo? _____

¿Si no tuvo la viruela, entonces cuando le administraron la vacuna? SI o NO ¿Si si cuándo? _____

¿Enfermedades contagiosas contraídas? _____

Discapacidades físicas: _____

Neumonía: ¿SI o NO Si sí cuándo? _____

¿Condiciones de los ojos, oídos, nariz y garganta? _____

¿Amígdalas (anginas) y adenoides extirpadas? ¿SI o NO ¿Si si cuándo? _____

¿Lesiones en la cabeza (conmoción cerebral, etc.) ¿SI o NO ¿Si si cuándo?? _____

¿Afecciones cardiacas (soplos, fiebre reumática, cirugías, etc.): SI o NO

Su hijo toma medicamentos con regularidad: SI o No Explique: _____

Cualquier restricción de la actividad de educación física: SI o NO Explique: _____

*****Se requiere una nota del médico para cualquier restricción de actividad física en PE*****

Por favor, firme permitiendo que esta información de salud sea compartida con el personal apropiado en la escuela para ayudar a trabajar con su hijo para minimizar restricciones innecesarias, el sentimiento de ser tratado de manera diferente y la posible ausencia de la escuela. Por favor, indique cualquier información media que preferiría no se comparte con los miembros del personal.

Firma del padre/tutor

Fecha