



HISTORIAL MÉDICO DEL ALUMNO

Información de carácter reservado

Nº DE ID ESTUDIANTIL	ESCUELA
----------------------	---------

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: M F

Padre o tutor: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de la casa: _____

Correo electrónico: _____ Celular o móvil: _____

Nombre del médico de la familia/clínica: _____ Teléfono: _____

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ALUMNO (PARA QUE LA RELLENE EL PADRE O TUTOR LEGAL)

- ¿Alguna vez **le ha diagnosticado el médico** al alumno una de las enfermedades o trastornos siguientes? **Si es así, explique.**
 - Trastorno por Déficit de Atención/Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad _____
 - Alergia a: _____
¿Le recetaron epinefrina?: Sí No
Observación: El médico debe rellenar el formulario correspondiente adicional cuando se recete epinefrina.
 - Asma _____
Observación: El médico debe rellenar el formulario correspondiente adicional cuando se le diagnostique asma al alumno.
 - Enfermedad vesical _____
 - Enfermedad sanguínea _____
 - Enfermedad intestinal _____
 - Cáncer *Fecha:* _____
 - Contusión cerebral/traumatismo craneal *Fecha:* _____
 - Diabetes Tipo 1 Tipo 2 *Fecha del diagnóstico:* _____
 - Enfermedad del oído _____
 - Enfermedad ocular _____
 - Intolerancia alimentaria a: _____
 - Enfermedad cardíaca _____
¿Le han curado esta enfermedad? Sí No *Fecha en que se curó:* _____
 - Epilepsia _____
 - Sistema inmunitario suprimido _____
 - Síndrome *Fecha del diagnóstico:* _____
Explique: _____
 - Otros problemas de salud *Fecha del diagnóstico:* _____
- ¿Tiene el alumno algún impedimento físico? Sí No *Explique:* _____
- ¿Han operado alguna vez al alumno? Sí No *Explique:* _____
- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave el alumno? Sí No *Explique:* _____
- ¿Recibe actualmente atención médica el alumno por alguna enfermedad o afección? Sí No
Explique la naturaleza de la enfermedad o afección: _____
- ¿Toma el alumno medicamentos? Sí No *Razón:* _____
Nombre del medicamento: _____
Observación: Habrá que rellenar el formulario correspondiente adicional por los medicamentos que tome el alumno en la escuela.
- ¿Puede el alumno participar en todas las actividades escolares? Sí No
Observación: El médico debe rellenar el formulario correspondiente adicional en caso de que el alumno no pueda participar en las actividades escolares.
- ¿Han hospitalizado recientemente al alumno? Sí No *Fecha:* _____ *Razón:* _____

ANTE CUALQUIER DUDA, POR FAVOR, LLAME A LA ENFERMERA AL (503)399-3376.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA _____