



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
School Health Services
THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director

HISTORIA MEDICA

Nombre del estudiante: _____ Masculino Femenino No Binario

Grado: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Los Servicios de Salud Escolar colaborarán con usted con gusto si su hijo/a tiene algún problema de salud que pueda afectar su educación. Actualice las siguientes preguntas para ayudarnos a planificar una experiencia educativa positiva para su hijo/a.

1. Historia de enfermedades serias u operaciones	
2. Historia de asma o alergias	
3. ¿Esta su niño recibiendo algún tratamiento médico?	
4. ¿Esta su niño tomando medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Si," escribe los medicamentos:	
5. ¿Usa gafas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Si," ¿cuándo tiene que usar sus gafas?	
6. ¿Tiene su niño dificultades para oír? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Si," explique el motivo	
7. ¿Debe su niño ser restringido de actividades físicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Si," explique por que	
8. ¿Tiene algún problema de comportamiento, crecimiento o nutrición?	

Por favor marque la caja apropiada:

- Doy consentimiento que la enfermera comparta esta información con los maestros y el personal asociados con la experiencia educacional de mi hijo/a.
- No doy consentimiento que la enfermera comparta esta información con los maestros y el personal asociados con la experiencia educacional de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha