

Kingston City School District

Historia médica del estudiante para inscripciones, atletas y grados 5-12

Nombre:		Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre / Guardian: (persona completando este formulario)		Teléfono de casa: Número celular:	Fecha:
Su niño/a alguna vez:	SÍ	N	Al contestar "sí", por favor explicar y dar fechas:
Ha tenido una condición médica recurrente/ visto un especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alimentarias <input type="checkbox"/> ambientales <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> otras
Ha sido hospitalizado/tenido una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido lesiones que requieren una visita al salón de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha faltado a la escuela 5 días consecutivos debido a una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido una lesión de los huesos o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido desmayos, contusión cerebral o lesión de cabeza grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido convulsiones / ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido una condición o problema de vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anteojos <input type="checkbox"/> lentes de contacto
Ha tenido una condición o problema de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aparato auditivo <input type="checkbox"/> implantes cocleares
Ha tenido un puente dental, ortodóntica o boquilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes cardíacos	SÍ	NO	<input type="checkbox"/> Al contestar "sí", por favor especificar:
¿Alguien en su familia inmediata ha tenido antecedentes cardíacos graves, como: ataque cardíaco o muerte cardíaca súbita menor de 50 años, ¿taquicardia, marcapasos, miocardiopatía, defectos estructurales, defectos cardíacos genéticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su estudiante ha tenido latidos cardíacos irregulares, síntomas durante o después del ejercicio, desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Indicar todos los que apliquen a su niño/a:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD (TDAH) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migrañas | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Asma/ problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Un solo órgano (<input type="checkbox"/> riñón <input type="checkbox"/> testículo) |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Lesiones dentales | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental | <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | (depresión, trastornos alimentarios | <input type="checkbox"/> Condición urinaria |
| <input type="checkbox"/> Infecciones auditivas | ansiedad, OCD, ODD | |
| <input type="checkbox"/> Condiciones GI (úlceras, reflujo, IBS) | | |

Medicamentos actuales	SÍ	NO	Por favor, alistar los nombres, dosis y hora(s)
Dado en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipo adaptivo	SÍ	NO	Por favor, marcar todos los que apliquen
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andaderas ortopédica <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
Tratamientos	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulina/monitorización de sangre <input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> inhalador/ nebulizador/ medidor de flujo máximo

Hay alguna condición que impediría que su niño/a pueda participar en clases de educación física o deportes?

No Sí:

Por favor incluir otras preocupaciones: (usar el otro lado de esta hoja si es necesario)

Padre/ Guardian Firma: _____ Fecha: _____