



**DISTRITO ESCOLAR DE WHITE PLAINS CITY  
CENTRO DE INFORMACIÓN FAMILIAR  
500 North Street  
White Plains, NY 10605  
(914) 422-2038**

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre del pediatra:		Teléfono:	
Nombre del dentista:		Teléfono:	

**ENFERMEDADES PASADAS Y PRESENTES:**

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Sí/No)

Condición	Sí	No	Condición	Sí	No
Alergias			Dolores de cabeza (frecuentes)		
Anemia			Enfermedad cardíaca		
Asma			Presión arterial alta		
Cáncer			Inmunodeficiencia		
Diabetis			Enfermedad mental		
Infecciones del oído (frecuentes)			Epilepsia		
Discapacidad emocional			Erupciones cutáneas		
Desmayo			Prueba de tuberculina positiva		
Otro:					

Si respondió "Sí" a cualquiera de las opciones anteriores, explique:

¿Su hijo toma medicamentos? \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una lesión o enfermedad grave que requirió hospitalización? \_\_\_\_\_ Explique:

¿Su hijo tiene mala visión?      Ojo izquierdo    \_\_\_    Ojo derecho    \_\_\_    ¿Usa  
¿poca audición?                    Oreja izquierda    \_\_\_    Oreja derecha    \_\_\_    anteojos/lentes?

**Los padres deben informar DIRECTAMENTE a la enfermera de la escuela si su hijo tiene una alergia o enfermedad potencialmente mortal para garantizar su seguridad en la escuela.**

Por favor, marque sólo UNA declaración apropiada a continuación.

**Le** doy permiso a la enfermera para compartir información, si es necesario, con los maestros y el personal asociado con la experiencia educativa de mi hijo.

\_\_\_\_\_ **NO le** doy permiso a la enfermera para compartir información, si es necesario, con los maestros y el personal asociado con la experiencia educativa de mi hijo.

Nombre del padre/tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha



**DISTRITO ESCOLAR DE WHITE PLAINS CITY**  
**CENTRO DE INFORMACIÓN FAMILIAR**  
500 North Street  
White Plains, NY 10605  
(914) 422-2038

## FORMULARIO DE ALERGIAS

Nombre del estudiante:		DOB:	
------------------------	--	------	--

**ALERGIAS:** Por favor, detalle a continuación.

¿A qué edad le diagnosticaron una alergia a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué médico hizo este diagnóstico? ¿Pediatra/alergólogo? \_\_\_\_\_

¿Nombre del médico actual? \_\_\_\_\_ ¿Número? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Qué síntomas llevaron a este diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Los padres deben informar DIRECTAMENTE a la enfermera de la escuela si su hijo tiene una alergia o enfermedad potencialmente mortal para garantizar su seguridad en la escuela.**

¿Su hijo ha tenido uno de los siguientes?

¿Pruebas cutáneas para alergias?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Análisis de sangre?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Un desafío alimentario?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Nombre	Dosis		Frecuencia		

- ¿Cuántas reacciones alérgicas ha experimentado su hijo?
- ¿Alguna vez se le ha administrado un Epi Pen a su hijo?
- ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado por una reacción alérgica?
- ¿Su hijo es consciente de sus alergias?
- ¿Su hijo ha tenido alguna reacción en el campamento?
- ¿Tiene algún problema o inquietud que le gustaría compartir con la enfermera?
- ¿Su hijo tiene un Epi Pen recetado para él / ella?

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre o tutor legal	Fecha
------------------------------	-------------------------------	-------