

DISTRITO ESCOLAR EAST ISLIP
CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS RECIENTES

¿El estudiante ha tenido alguna vez los siguientes síntomas?:

No Si

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cualquier lesión que requiera atención médica | ☐ | ☐ |
| 2. Cualquier enfermedad que dure más de cinco (5) días | ☐ | ☐ |
| 3. Toma algún medicamento o está bajo el cuidado de un médico en este momento | ☐ | ☐ |
| 4. Cualquier sensación de mareo, desmayo o fatiga después de un esfuerzo intenso | ☐ | ☐ |
| 5. Usa anteojos o lentes de contacto | ☐ | ☐ |
| 6. Una operación quirúrgica o fractura | ☐ | ☐ |
| 7. Tratamiento en un hospital o sala de emergencias | ☐ | ☐ |
| 8. Cualquier razón por la que esta persona no pueda participar en alguna actividad | ☐ | ☐ |
| 9. Alergias conocidas | ☐ | ☐ |
| 10. Cualquier enfermedad crónica | ☐ | ☐ |
| 11. Lesión en la cabeza | ☐ | ☐ |
| 12. Conmoción cerebral | ☐ | ☐ |
| 13. Trastorno ocular | ☐ | ☐ |
| 14. Trastorno del oído | ☐ | ☐ |
| 15. Trastorno de la nariz | ☐ | ☐ |
| 16. Trastorno de garganta | ☐ | ☐ |
| 17. Trastorno dental | ☐ | ☐ |
| 18. Corazón: | | |
| Soplo | ☐ | ☐ |
| Fiebre reumática | ☐ | ☐ |
| 19. Pulmones: | | |
| Neumonía | ☐ | ☐ |
| Bronquitis | ☐ | ☐ |
| Asma | ☐ | ☐ |
| 20. Trastorno de riñón o vejiga | ☐ | ☐ |
| 21. Trastorno abdominal o intestinal | ☐ | ☐ |
| 22. Hernia | ☐ | ☐ |
| 23. Testículos no descendidos | ☐ | ☐ |
| 24. Huesos o articulaciones: | | |
| Fracturas | ☐ | ☐ |
| Dislocaciones | ☐ | ☐ |
| Otros | ☐ | ☐ |
| 25. Trastornos musculares y nerviosos | ☐ | ☐ |
| 26. Trastorno convulsivo | ☐ | ☐ |
| 27. Diabetes | ☐ | ☐ |
| 28. Hospitalizaciones | ☐ | ☐ |

Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores, explique al reverso.

Nombre del estudiante: _____
(Use letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____