



**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE WHITE PLAINS**  
**CENTRO DE INFORMACIÓN FAMILIAR**  
 5 Homeside Lane  
 White Plains, NY 10605  
 (914) 422-2038

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección del estudiante:		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