



**SERVICIOS DE ATENCIÓN
MÉDICA HISTORIA MÉDICA DEL
NUEVO ESTUDIANTE**
(Debe completarlo el padre, madre o tutor)

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Grado: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
Nombre del padre/madre/tutor: _____
Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____
Dentista de la familia: _____ Teléfono: _____

Historia médica:

Persona que facilita la historia médica: _____
¿Tiene este niño alguna preocupación médica actual? (asma, diabetes, etc.) ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", describa: _____

¿Tiene este niño alguna alergia? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", indique: _____
¿Se necesitó tratamiento de urgencia por la alergia? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", explique: _____

¿Hay alguna historia de hospitalizaciones, lesiones importantes o cirugías? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", describa: _____

¿Hay alguna preocupación médica/lesión actual? ☐ Sí ☐ No

☐ Cabeza _____	☐ Ojos _____	☐ Nariz _____
☐ Oídos _____	☐ Garganta _____	☐ Cuello _____
☐ Pecho _____	☐ Respiratorio _____	
☐ Cardiovascular _____	☐ Gastrointestinal _____	
☐ Genitourinario _____	☐ Neurológico _____	
☐ Musculoesquelético (incluya cualquier fractura previa, etc.) _____		

¿Este niño toma algún medicamento de forma habitual en casa? ☐ Sí ☐ No
¿Necesita tomar medicamentos en la escuela? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", describa: _____

Indique cualquier otra preocupación o información adicional: _____

Indique cualquier preocupación médica importante en la familia:

☐ Madre _____	☐ Padre _____
☐ Hermanos _____	☐ Abuelos _____
☐ Otro _____	

¿Quién vive con el niño en su grupo familiar principal? _____
¿El niño pasa mucho tiempo en otro grupo familiar? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", describa: _____
¿Quién tiene la custodia legal de este niño? _____
Describa cualquier acuerdo de custodia: _____

Cualquier otra preocupación o información pertinente (use la parte de atrás si es necesario): _____

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