

Historial Médico del Estudiante



Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Llene la siguiente lista de verificación, indicando cualquiera de las siguientes condiciones que tenga el estudiante

El menor no tiene ninguna necesidad de salud.

Alergias

<input type="checkbox"/>	Medio Ambiente	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Alimentos	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Insectos/Abejas	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Otras	Por favor enumere:

Condiciones de salud

<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención / Trastorno por Déficit de Atención Hiperactivo (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Alteración Ósea/Muscular/En las Articulaciones	<input type="checkbox"/> Migrañas/Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cardiacos	<input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Crisis Convulsiva/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Reflujo (gastroesofágico)
<input type="checkbox"/> Asma Leve <input type="checkbox"/> Asma Moderada <input type="checkbox"/> Asma Severa	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Autismo/Asperger	<input type="checkbox"/> Problemas Digestivos/Intestinales	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Bi-Polar	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Trastornos Cutáneos
<input type="checkbox"/> Trastorno Vesical/Renal	<input type="checkbox"/> Trastorno Alimenticio	<input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea
<input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico/De Coagulación	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette (Tics)
		<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática

Medicamentos Actuales *Por favor provea la información en los recuadros*

Med #1:	Dosis:	Condición:
Med #2:	Dosis:	Condición:
Med #3:	Dosis:	Condición:
Med #4:	Dosis:	Condición:

Historial Médico del Estudiante



Vista y Audición

<input type="checkbox"/>	Anteojos/Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>	Aparatos Auditivos
<input type="checkbox"/>	Problemas de la Vista	<input type="checkbox"/>	Problemas Auditivos

Información Sobre su Proveedor de Cuidados Médicos en el Expediente

Por favor provea la información en los recuadros

Médico	
Hospital	

<input type="checkbox"/>	Reconozco que la información anterior relativa a mi hijo esta actualizada	Firma: Fecha:
--------------------------	---	------------------

Consentimiento para el Tratamiento de Dependientes Menores de Edad

Nombre Completo del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Tel. Oficina: _____ Tel. de Emergencia: _____

Si no puede encontrar a la persona responsable del niño dependiente,

(Nombre del Estudiante)

Tienen mi consentimiento para llamar a _____ al _____

(Nombre del Médico)

(No. Telefónico)

y/o enviarlo a _____ por ambulancia si la situación lo amerita.

(Nombre del Hospital)

Además doy mi consentimiento al médico y/u hospital para proporcionar atención al dependiente menor de edad a su discreción, en el interés superior del niño.

(Fecha)

(Firma del Padre/Tutor)