DISTRITO ESCOLAR EAST ISLIP
CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

¿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, por favor, explique:

_____

_____

_____

_____

Nombre del estudiante: _____
(Use letra de imprenta)
Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____