BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
632 South Bedford Rd • Bedford, NY 10506
914-241-6000 • www.bcsdny.org
Inspiring and Challenging Our Students

Dr. Robert Glass, *Superintendent of Schools*
Dr. Louis Corsaro, *Medical Director*

HISTORIA MEDICA

Nombre del estudiante _____ Grado_____

Fecha de nacimiento_____

1. Historia de enfermedades serias u operaciones

   _____

   _____

2. Historia de asma o alergias

   _____

3. ¿Esta su niño recibiendo algún tratamiento medico? ____si ____no
   Si su respuesta es "Si," explique el motivo

   _____

4. ¿Esta su niño tomando medicamento? ____si ____no

   Si su respuesta es "Si," explique el motivo_____

   _____

5. ¿Usa gafas? ____si ____no

   ¿Lentes de contacto? ____si ____no

6. ¿Tiene su niño dificultades para oír? ____si ____no

   Si su respuesta es "Si," explique el motivo_____

   _____

7. ¿Debe su niño ser restringido de actividades físicas? ____si ____no

   Si su respuesta es "Si," explique por que

   _____

   _____

8. ¿Tiene algún problema de comportamiento, crecimiento o nutrición?

   _____

   _____

_____ _____

Firma del Padre o Tutor Fecha