

Cuestionario de Historia Médica para Jardín de Infantes

A SER COMPLETADO POR UNO DE LOS PADRES

NOMBRE DEL ALUMNO _____ FECHA DE NAC. _____
(De responder afirmativamente a alguna de las preguntas a continuación, por favor explique en el espacio provisto)

	SI	NO
¿ Tiene su hijo/a alguna historia médica o alguna condición médica actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
¿ Alguna vez su hijo/a ha sido internado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
¿ Alguna vez su hijo/a ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
¿ Toma su hijo/a alguna medicación regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió SI, indique medicación y razón por la que la toma		
<hr/>		
¿ Tiene su hijo/a alguna alergia a comidas, insectos y/o ambiental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
¿ Algún miembro de su familia, menor de 50 años, ha fallecido repentinamente de un ataque al corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Alguna vez su hijo/a ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Hay alguna información o cuestiones de salud que la escuela debe conocer a fin de salvaguardar la salud de su hijo/a? (Por favor, explique). _____		
<hr/>		

Entiendo que esta información confidencial será compartida con aquel personal de la escuela que el profesional médico estime apropiado en el edificio donde mi hijo/a asista a clases.

Firma del padre o tutor:

_____ Fecha: _____