

# HISTORIA MÉDICA

Para Ser Realizado Por Los Padres

Revisado 8/16/2013

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_

Indica si su niño/niña a teñido lo siguiente:

	Si	No		Si	No
Alergias a Medicinas			Lesión al Bazo		
Alergias Ambiental			Infección Mononucleosis		
Alergias Alimentales			Fractura de Cualquier Hueso		
Alergias a Picaduras de Abejas			Dislocación de Articulaciones		
Asma			Lastimadura/Desgarré de Musculo		
Artritis			Dolor/Herida de Espalda		
Problemas de Vejigas/Riñones			Lastimadura del Cuello		
Cáncer			Dolor/ Lastimadura de Rodilla		
Convulsiones/Ataque			Dolor/Lastimadura de Tobillo		
Fiebre Reumática			Aparato Protético		
Diabetes			Operaciones		
Problema/Perdida de la Audición			Un Riñón		
Vista en Solo en un Ojo			Un Testículo		
Lentes de Contacto			Aparato Ortopédico		
Visita allá sala de Emergencias			Úlcera Estomacales		
Desmayos			Perdida/Aumento de Peso		
Dolores de Cabeza Frecuente/Severos			Enfermó Por 5 Días Consecutivo		
Hospitalización			Ausencias Frecuente/Bruscamente		
Tuberculosis			Inmunizaciones Corriente		
Pulmonía					

Indica si su niño/niña a teñido lo siguiente:  
Solo Para Niñas

	Si	No
Menstruación		
A Qué Edad Empezó		
Sangramiento Profuso		
Calambres Menstruales		

Si has respondido si a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor proporcione los siguientes detalles: fechas, nombre del doctor, tratamiento, inmunizaciones corriente y estado actual del problema.

¿Ha su niño/niña perdido conciencia o memoria a causa de un golpe a la cabeza? Si / No

**SI RESPONDE SI A LAS PREGUNTAS AQUÍ ABAJO SU NINO/NINA TIENE QUE RECIBIR PERMISO CARDIACO.**

¿Tiene su niño/niña historia de lo siguiente?	
Desmayo inesperados	Si / No
Dolor de pecho/incomodidad al excederse	Si / No
Fatiga excesiva o inexplicada asociada con ejercicio	Si / No
Murmullo del corazón	Si / No
Presión alta	Si / No

¿Hay un historial familiar de los siguientes?	
Uno o más familiares que han muerto de enfermedad del corazón (imprevisto o repentino) antes de 50 años.	Si / No
Parientes cercanos menores de 50 años que están incapacitados por enfermedades cardiacas.	Si / No
Síndrome de Marfan, síndrome de QT largo, arritmia clínicamente importante.	Si / No
¿Tienes conocimiento específico de enfermedades del corazón en familiares incluyendo Hipertrófico o cardiomiopía dilatada?	Si / No

¿Hay alguna otra información que la escuela debe saber para proteger la salud de tu niño/niña?

Yo comprendo que esta información confidencial puede ser compartida con el personal escolar que se considere apropiado por el profesional de salud en la escuela.

Firma de Padres/ Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_