Un cuestionario de la historia medica

Estar completado por el padre

Nombre de estudiante_____ _____Fecha de nacimiento_____

(Si contesta sí a cualquier de las preguntas siguientes, por favor escribe una explicación en la contracara de esta página.)

	SI	NO
¿Tiene una historia medica significativa su hijo(a)?	☐	☐

¿En este momento, su hijo(a) tiene tratamiento para un problema médico activo, que esta administrado por un doctor? Si contestaste Sí, por favor lo explica.

_____

¿Tiene un órgano donde hay solamente uno que funciona su hijo(a)? ex. Riñón, testículo, visón en un ojo	☐	☐
¿Ha sido hospitalizado su hijo(a)? _____	☐	☐
¿Ha tenido cirugía su hijo(a)? _____	☐	☐
¿Toma medicina todos los días su hijo(a)? _____	☐	☐
Si contestaste sí, nombre de la medicina y la razón_____	☐	☐
Su hijo(a) tiene alergia a las comidas, los insectos, y/o el medio ambiente? _____	☐	☐

_____

¿Ha sido diagnosticado con una conmoción cerebral su hijo(a)?	☐	☐

SI CONTESTASTE SI A LAS PREGUNTAS 1 Y/O 2 DEBAJO, SU HIJO(A) TIENE QUE RECEIBER PERMISION CARDICO

1. ¿Tiene una historia de cualquier de los siguientes su hijo(a)?	**( )**	**( )**
• **Desmayo sin una explicación**	**( )**	**( )**
• **Dólar del pecho/incomodidad en el esfuerzo**	**( )**	**( )**
• **Fatiga excesiva mientras esta hacienda ejercicio**	**( )**	**( )**
• **Sopla cardiaco (otro de soplo inocente)**	**( )**	**( )**
• **Hipertensión**	**( )**	**( )**
2. ¿Hay una historia FAMILIAR de uno de los siguientes?		
• **Uno o más parientes, quienes(s) murió de cardiopatía (de repente/inesperado) antes de la edad 50**	**( )**	**( )**
• **Un pariente hermano menos de la edad 50 con una discapacidad de cardiopatía**	**( )**	**( )**
• **Conocimiento específico de condicionales cardiacas de los miembros de la familia que incluyen: hipertrofiar**	**( )**	**( )**
• **Síndrome de QT largo, síndrome de Marfan o arritmias clínicas importantes**	**( )**	**( )**

¿Hay otra información o preocupaciones de la salud, que la escuela debe saber en el caso para salvaguardar la salud de su hijo(a)? (Por favor, explican las razones).

_____

Entiendo que esta información confidencial estará compartida con las personales, que están consideradas por la profesional de la salud en el edifico de mi hijo(a).

Firma del padre/tutor: _____Fecha:_____

Actualizado 30-7-18