

Cuestionario de historial médico

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER COMPLETADAS POR EL PADRE/MADRE

Si responde afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas, proporcione una explicación. Puede usar el reverso de la página.

Nombre del estudiante		Grado		DOB	
-----------------------	--	-------	--	-----	--

1	¿Su hijo(a) tiene antecedentes de alguno de los siguientes?	Sí	No
	Desmayos inexplicables o casi desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor / malestar en el pecho al hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Excesivo e inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soplo cardíaco (que no sea un soplo inocente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Hay antecedentes familiares de alguno de los siguientes síntomas?		
	¿Uno o más parientes que han fallecido a causa de una enfermedad cardíaca antes de los 40 años? (de repente / inesperado o de otro tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pariente cercano menor de 50 años con discapacidad por enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conocimiento específico de ciertas afecciones cardíacas en miembros de la familia, incluida la miocardiopatía hipertrófica o dilatada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Síndrome de QT largo, síndrome de Marfan o arritmias clínicamente significativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>* Si responde SÍ a cualquiera de las preguntas ANTERIORES, su hijo(a) debe recibir una autorización cardíaca *</i>		
3	¿Tiene su hijo(a) algún historial médico importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Está su hijo(a) actualmente en tratamiento por un médico por algún problema médico activo? Si respondió SÍ, explique a continuación (use el reverso del formulario si es necesario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Tiene su hijo(a) un solo órgano (s) emparejados, por ejemplo, riñón, testículo, visión, un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Alguna vez su hijo(a) ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Su hijo(a) toma algún medicamento(s) con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	caso afirmativo, indique los medicamento(s) y las razones(s):		
9	¿Toma su hijo(a) algún medicamento(s) en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	caso afirmativo, enumere los medicamento(s) y las razones(s):		
10	¿Su hijo(a) tiene alergias a alimentos, insectos, medicamentos y / o al medio ambiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo(a) una conmoción cerebral? En caso afirmativo, agregue la fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Alguna vez su hijo(a) dio positivo en la prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Existe alguna otra información o inquietudes de salud que la escuela deba conocer para salvaguardar la salud de su hijo(a)? (Por favor explique, use el reverso del formulario si es necesario)		

Entiendo que el profesional de la salud en el edificio de mi hijo(a) compartirá esta información confidencial con el personal de la escuela que considere apropiado.

Firma del padre / tutor:	Fecha:
--------------------------	--------

Cuestionario de historial médico

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER COMPLETADAS POR EL PADRE/MADRE

Información adicional: