

## 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"/>
	<b><i>* Si responde SÍ a cualquiera de las preguntas ANTERIORES, su hijo(a) debe recibir una autorización cardíaca *</i></b>		
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:
--------------------------	--------