Formulario de actualización de información médica

Opcional - Actualizar SOLAMENTE nueva información

Estudiante: _____ **Colegio:** _____

Profesor: _____ **Ingresar al grado:** _____

Año escolar: _____

HISTORIA CLÍNICA: *Para que podamos ayudar a su hijo a obtener lo mejor de esta experiencia escolar, es necesario que contemos con una historia clínica actualizada.*			
¿SU HIJO(A) HA PADECIDO O PADECE:	**SÍ**	**NO**	**NO DESCRIPCIÓN**
alergias			
- a los alimentos?			
- a los medicamentos?			
- a las picaduras de abeja?			
- otros?			
lesiones – contusión – lesión en la cabeza?			
sangrado de la nariz frecuente o excesivo?			
hospitalizaciones – operaciones?			
ortopedia – problemas en los huesos o articulaciones?			
asma?			
diabetes?			
anemia de células falciformes?			
anemia?			
pérdida de audición – uso de ayuda auditiva?			
pérdida de la visión – usa lentes de contacto/gafas?			
deficiencia en el habla?			
mareos, desmayos, dolores de cabeza severos o frecuentes?			
espasmos/convulsiones/epilepsia?			
insuficiencias cardíacas?			
contacto con tuberculosis/resultado positivo en un exámen			
cutáneo de TB?			
dolores abdominales severos – úlcera?			
infecciones de oído excesivas?			
gripes excesivas?			
orina frecuentemente o dolor al urinar?			
insuficiencia intestinal?			
historia familiar de escoliosis?			
preocupación, ansiedad o depresión excesivas?			
ENUMERE EL/LOS MEDICAMENTO(S) QUE SU HIJO TOMA REGULARMENTE: *¿EXISTE*			

Por favor, ingrese cualquier otra información que pueda ser útil saber sobre su hijo, o las circunstancias en su casa, que podría afectarle en la escuela? _____

_____

Padre: _____ **El día de hoy:** _____