

Investigacion del Historial de Salud
Plateau Valley School District # 50
(para ser completado por el padre o la madre)

Alumni(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Datos Actuales de Salud

Medico Local _____ # Telefonico _____

Ultimo Examen Medico _____ Describe la salud del(a) nino(a)
o Muy buena o buena o mala

Tiene alguna enfermedad? _____

Tiene limitaciones fisicas o equipo de adaptacion o Si o No

Describe _____

Si tome algun medicamento de manera regular anote el nombre, horas y proposito:

Historial Medico (Marque la afeccion que aplicué)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conmocion cerebral | <input type="checkbox"/> Gripe frecuente | <input type="checkbox"/> Cardiacos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/Desmayos | <input type="checkbox"/> Neumonia | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Difteria |
| <input type="checkbox"/> Jaquecas | <input type="checkbox"/> Anemia/celula Falciforme | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Problemas oculares | <input type="checkbox"/> Moja la cama | <input type="checkbox"/> Sarampions (10 dias) | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Necesita lentes | <input type="checkbox"/> Infeccion renal | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tos ferina |
| <input type="checkbox"/> Perdida de audicion | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Rubeola (3 dias) | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oido | <input type="checkbox"/> Articulacion/oseas | <input type="checkbox"/> Problemas congenitos | <input type="checkbox"/> Polio |

Por favor si es necesario de mas detalles en las afecciones marcadas:

Varicela-tuvo la enfermedad o Si o No o fecha de las vacujna _____

Asma (por favor describe ataques al ano, nombre de la medicina _____

Alergia a drogas _____

Alergia al alimento o el ambiente _____

Alergia a comidas _____

Otras enfermedades, accidents, operaciones, hospitalizacion (describa) _____

Padre o Guardian Legal _____ Fecha _____

Telefono del domicilio del Padre o Guardian Legal _____ (del Trabajo) _____

Telefono en casa de emergencia _____
