



139 Modena Road
Coatesville, PA 19320

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento
Fecha: _____ Grado: _____ medicamento (nombre y dosis) _____

Tu hijo tiene alguna de las siguientes condiciones? Alergia (tipo)

Asma: _____ Ataque epiléptico: _____ Diabetes: _____ Dolor de cabeza: _____
Problemas dentales (Explica): _____
Problemas del oído (Explica): _____
Problemas de los ojos (Explica): _____

Usa lentes: _____ Usa lentes de Contacto: _____

Hospitalizaciones/Operaciones (Razón/fecha): _____

Tu hijo tiene algunas de las siguientes condiciones:

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| _____ Anemia | _____ Problemas de la piel | _____ Infecciosa |
| _____ Artritis | _____ Problemas de sinusitis | _____ Paperas |
| _____ Presión alta | | |
| | _____ Infecciones urinarias | _____ Polio |
| _____ Cáncer o tumores | _____ Tuberculosis o examen
Positivo de TB | _____ Neumonía |
| _____ Estreñimiento | _____ Varicela (fecha: _____) | _____ Fiebre reumática |
| _____ Diarrea | _____ Hepatitis (Tipo: _____) | _____ Fiebre escarlata |
| _____ Eczema | _____ Sarampión | _____ Garganta inflamada |
| _____ Enfermedades del Corazón | _____ Meningitis | _____ Tos ferina |

Describe: _____
Otras condiciones (especifica): _____
Emocional/ Historial de comportamiento (Nota problema especial/edad en la que ocurrió):
Coraje: _____ Depresión : _____
Desorden de comer: _____ Se orina sin darse cuenta: _____
Otro: _____

Si tu hijo tiene restricciones en actividades físicas (Explica)

Problemas de aprendizaje (Explica):

Dificultad comunicándose (Explica):

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha:

Nombre de padre/madre:
