Nombre del estudiante:_____ **Escuela:** _____

Nombre del profesor:_____ **Grado en el que ingresa:**_____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico(a): _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____ _____

Hospital de preferencia: _____

ALERGIAS MORTALES/ESTADO(S) DE SALUD GRAVE(S):

Su hijo no puede comenzar su primer día escolar hasta que se realice una reunión de alerta médica.
Esta reunión se programará para lo antes posible, antes de los tres días posteriores a la fecha de inscripción.

SÍ **NO**

☐ ☐ **Mi hijo padece una alergia mortal.**
Especifique: _____

☐ ☐ **Mi hijo padece un estado de salud grave.**
Especifique: _____

_____ _____ _____/_____/_____
Nombre del padre/tutor *Firma*

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	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 ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE PODRÍA SERNOS ÚTIL PARA CONOCER A SU HIJO, O LAS CIRCUNSTANCIAS EN LA CASA, QUE PODRÍAN AFECTARLO/LA EN LA ESCUELA?

_____

_____

_____ _____

Nombre del padre/tutor Fecha (Dia/Mes/Año)