

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

FECHA _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Nombre del Padre y Madre _____ ; _____

Teléfono del Trabajo () _____

Contacto de Emergencia- Nombre _____ Teléfono () _____

Médico _____ Teléfono () _____

Seguro Médico (Compañía) _____ Póliza # _____

*Por favor conteste la siguiente información, la cual es importante para la seguridad de sus hijos.

A.-Enfermedades y/o Accidentes (Señale los que Aplique)

Asma _____ Diabetes _____ Epilepsia _____ Hígado _____

Convulsiones/apoplejía _____ infección de oído _____ corazón _____

Fecha del último examen de salud _____

Algún problema de salud que se haya notado _____

Si su respuesta fue afirmativa, explique.

Desde el ultimo examen del menor ha tenido el/ella....

-una enfermedad grave _____ cuál ? _____

-una enfermedad que duró más de una semana? _____

-una operación o fractura? _____

-tratamiento en un hospital o sala de emergencia? _____

-restricciones de actividades físicas _____

-medicamentos que haya tomado regularmente? _____

B.- Alergias (Indique las que apliquen)

Animales _____ Medicamentos _____ Insectos/Picaduras _____ Plantas _____

Alimentos _____ Fiebres _____ Polen _____

Por favor especifique si hay alguna que aplica _____

C.- Inmunizaciones – Vacunas

Inmunización _____ Año de Primera Serie Completada _____ Año de la Ultima Dosis _____

DPT

Sarampión

Paperas

Polio (oral)

Rubéola

TB

Varicela

HIB Hepatitis

D.- Otras Condiciones de Salud _____

E.- Permiso para Buscar Tratamiento Médico

Nota Importante: En caso de emergencia y si no me encuentran, quien tenga este formulario esta autorizado para que en mi representación busque tratamiento médico necesario.

Firma del pariente/padre/guardián.

Fecha