

Tapestry 360 Health
Formulario de Historial Médico

Nombre del alumno/a: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

País de nacimiento: _____ **Año de llegada en los EE.UU (si corresponde):** _____

Historial Médico:

Coloque una X junto a cualquiera de los siguientes problemas de salud que tenga su hijo/a:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Trastorno psicológico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Prueba PPD positiva |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Indique): _____ | | |

Por favor, indique todos los eventos significativos de salud que ha tenido su hijo/a. Si no hay ninguno, marque esta casilla: ☐

Cirugía	Fecha	Enfermedad grave, lesión, hospitalización, etc.	Fecha

Por favor, indique todos los medicamentos que toma su hijo/a. Si no hay ninguno, marque esta casilla: ☐

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Por favor, indique todas las alergias de su hijo/a (a los alimentos, medicamentos, al ambiente, etc.). Si no hay ninguno, marque esta casilla: ☐

Alergia	¿Qué tipo de reacción ocurre?

Historial Médico Familiar:

Por favor, describe su historia médica familiar.

	En buena salud	Desconocido	Problemas médicos / Razón de la muerte (si fallecido)
Madre de hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Padre de hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hermanos de hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Indique si su hijo tiene problemas de corazón: **Yes No**

Anote cualquier preocupación que usted tenga sobre la salud física o mental de su hijo/a que desea que examinemos o tratemos en el centro de salud escolar:

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Nombre del padre/madre o tutor legal (use letra de molde)

Fecha