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:

☐ Asma
☐ Anemia
☐ Trastorno hemorrágico
☐ Cáncer
☐ Diabetes
☐ Soplo cardiaco
☐ Enfermedad cardiaca
☐ Convulsiones/Epilepsia
☐ Depresión
☐ Trastorno psicológico
☐ Prueba PPD positiva
☐ 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	☐	☐	
Padre de hijo/a	☐	☐	
Hermanos de hijo/a	☐	☐	
Otros	☐	☐	

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**