



Historial Médico

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/yy): _____ Tipo de Sangre: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Nombre del Médico: _____ Nombre del Hospital: _____

Teléfono Celular del Médico: _____ Beeper: _____ Teléfono de Oficina: _____

1. ¿El estudiante toma algún medicamento? Si la respuesta es afirmativa, por favor describir:

2. Describa cualquier condición médica importante sobre el niño.

3. ¿Sufre el estudiante de asma, o alergias a algún tipo de comida, medicina, picadura de abeja o a alguna otra sustancia?

4. ¿Ha sido el estudiante vacunado? Si la respuesta es afirmativa, por favor describir:

5. ¿Necesita el estudiante algún tipo de asistencia especial en la escuela? Si la respuesta es afirmativa. Por favor, explique.

Firma del Doctor

Fecha (dd/mm/aa)