

# HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

PUTNAM CITY SCHOOLS  
Oklahoma City, Oklahoma

Completado por el Padre o Tutor cuando se inscribe el/la estudiante.

Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

1. Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

2. Dirección \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

3. Papá o Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Mamá o Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

4. Personas para llamar si los padres no están disponibles 1. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Solo que viven en la localidad, por favor**

2. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

5. Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Hospital preferido \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA y CONDICIONES MÉDICAS

	Año		Año		Año
<b>ADD / ADHD</b>		<b>DIABETES</b>		<b>ENFERMEDAD DE LA PIEL</b>	
<b>ALERGIAS:</b> Alista abajo:		<b>IMPEDIMENTOS</b>		<b>HABLA</b>	
Alergias de Comida:		<b>DOLOR DEL OIDO</b> , chronico		<b>TRASTORNOS del ESTOMAGO</b>	
Alergias de Medicamentos:		<b>PROBLEMAS EMOCIONALES</b>		<b>CIRUGIA</b>	
Alergias del Ambiente:		<b>DOLORES DE CABEZA</b>		<b>TONSILITIS</b> , chronico	
Alergias a los Animales:		<b>CONDICION DE CORAZON</b>		<b>TUBERCULOSIS</b>	
Alergias a Látex:		<b>RIÑON</b>		<b>OTRO</b>	
Otras Alergias:		<b>PULMONIA</b>		<b>VISION:</b> lentes ____ si ____ no contactos ____ si ____ no	
<b>ARTRITIS</b>		<b>SINDROMA POST-POLIO</b>		<b>MEDICAMENTOS TOMADOS</b>	
<b>ASMA</b>		<b>FIEBRE REUMATICA</b>		Propósito	Droga
Provocaciones de Asma:		<b>ESCARLATINA</b>			Dosis
<b>CANCER</b>		<b>ATAQUES</b>			
<b>VARICELA</b>		Fecha de último Ataque			
<b>DEFORMIDADES</b>		<b>SINUSITIS</b> , chronico			

Comentarios adicionales (se puede escribir al lado revés) \_\_\_\_\_

Escuelas previamente asistidos en Putnam City y las Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

**“Autorizo a Putnam City Schools a compartir la información médica de mi estudiante con los empleados apropiados”**

**Firma de Padre o Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_