

ESCUELAS PÚBLICAS DE BRAINTREE
ANTECEDENTES MÉDICOS

(debe ser completado por los padres o tutores)

| | |
|--|--|
| Nombre _____ Primer nombre Segundo nombre Apellido | Grado _____ Escuela _____ |
| Dirección _____ | Teléfono _____ |
| Formulario de traspaso _____ | Fecha de hoy _____ |
| Fecha de nacimiento _____ | Ciudad o estado de nacimiento _____ |
| Nombre del padre _____ | Ocupación _____ |
| Nombre de la madre _____ | Ocupación _____ |
| Cantidad de otros niños en la familia _____ | Idioma principal hablado en el hogar _____ |
| Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ | Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ |
| Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ | Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ |
| El niño vive con: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otros | |

¿Hubo complicaciones en el nacimiento? Sí No

En caso afirmativo, describir: _____

¿Tuvo este niño alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, explicar:

Asma _____

Fracturas (lugar y fecha)

Alergias (mencionar todas) _____

Usa o usó epinefrina autoinyectable Sí No

Problemas cardíacos _____

Hepatitis _____

Problemas renales _____

Escoliosis _____

Diabetes _____

Problemas de audición _____ Audífonos

Convulsiones _____

Problemas de visión _____ Anteojos

Lentes de contacto

Otros _____

¿Toma este niño alguna medicación? En caso afirmativo, indicar qué medicamento toma y los motivos _____

¿Puede este estudiante participar de un Programa de Educación Física completo? Sí No

En caso negativo, explicar los motivos: _____

Médico familiar _____ Dentista familiar _____

Le doy mi permiso a la enfermera escolar para que comparta la información médica anterior con el personal escolar según corresponda para garantizar la salud y seguridad de mi hijo. Sí No

FIRMA DE PADRE, MADRE o TUTOR _____

Devuelva el formulario completo a la enfermera escolar.