

El Distrito Escolar Bethlehem
HISTORIA MÉDICA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

M / F Escuela _____ Grado/Salón de Hogar _____

Nombre de la Madre _____ Dirección _____

Nombre del Padre _____ Dirección _____

Arreglos de Custodia _____

École Previa _____ Condado _____

Hermanos	Nombre	Edad
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Idioma Hablado en Casa _____

Historial de Inmunización: Por favor adjunte

Hospitalizaciones y Cirugías

Fecha	Diagnosis	Procedimiento	Resolución
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Heridas

Fecha	Tipo	Resolución
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Condiciones Médica Crónicas o Serias

Fecha	Tipo	Resolución
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamento Tomado Regularmente

Nombre del Medicamentos	Cantidad	Frecuencia	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias

Medicamentos _____
Insectos _____
Comidas _____
Otras _____

Problemas Emocionales

Decripción _____
Resolución _____

Firma de Padres/Encargados

Fecha