



Historial Médico

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/YY): ____ / ____ / ____ Tipo de sangre: _____

Marque por favor lo que sea aplicable:

Presente Pasado

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Taquicardia o dolor de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Calambres frecuentes en las piernas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dificultad para respirar o respiración cortada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fatiga crónica, problemas para dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Migraña o dolores de cabeza recurrentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problemas en piernas o brazos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dolor, hinchazón o rigidez en rodillas o articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dolores estomacales, problemas intestinales frecuentes; reflujo o gastritis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Problemas de visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problemas auditivos, dolores de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Epilepsia, convulsiones o desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Diabetes or exámenes de azúcar anormales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bronquitis o neumonía severa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Su hijo ha tenido:

Si

No

17. Rubeola
18. Mononucleosis infecciosa
19. Asma
20. ¿Su hijo usa lentes o aparatos auditivos?

21. ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o alimento? **Si** **No**

Si es así, especifique: _____

22. ¿Su hijo es alérgico al polvo, polen, plantas, picaduras de insectos, etc.? **Si** **No**

Si es así, especifique: _____

23. Mencione cualquier prescripción o automedicación, suplemento dietético o vitaminas que tome actualmente: _____

24. Mencione cualquier enfermedad grave que su hijo tenga o haya tenido: _____

25. ¿Su hijo es especialmente susceptible al resfriado o bronquitis? **Si** **No**

26. ¿Su hijo está bajo algún tratamiento o terapia física? **Si** **No**

Si es así, por favor especifique: _____

27. ¿Su hijo tiene algún problema emocional o psicológico? **Si** **No**

Si es así, por favor especifique: _____

28. ¿Su hijo está bajo tratamiento psicológico? **Si** **No**

Si es así, por favor especifique de que tipo: _____

