

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	Sí No	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad)	Sí No
--	----------	-----------------	---	----------

¿Tiene diagnóstico de asthma? Sí No
 ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?

¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos) Sí No