



The Renaissance

35-59 81st Street, Jackson Heights, NY 11372
rencharters.org • 718-803-0060 (-3785 fax) • trcsinfo@rencharter.org

Charter School

Cuestionario de Historial Médico

Por favor imprime claramente:

El nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado
--------------------------	---------------------	-------

Historia

¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Resfriados / dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Convulsiones / convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sarampión alemán (rubéola) | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído múltiples Múltiples | <input type="checkbox"/> Otro: |

¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado? Sí No En caso afirmativo, explique:

Información actual:

¿Su hijo/a toma algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes condiciones? (Por favor marque todos los que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> TDAH |
| | <input type="checkbox"/> Alergias: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Tiene su hijo/a alguna limitación física? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Su hijo/a (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Use anteojos o lentes correctivos | <input type="checkbox"/> Use un inhalador y / o nebulizador |
| <input type="checkbox"/> Use audífonos | <input type="checkbox"/> Use un bastón, muleta o silla de ruedas |

¿Su hijo/a tiene alguna afección que la enfermera deba conocer? Sí No En caso afirmativo, explique:

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha