

Formulario Historial Médico – Nina o Adulto – Confidencial

*Esta historia de salud debe ser completada y firmada por los padres/tutores de la niña o por los propios miembros adultos. *Nota: Una historia de salud es requerida para los viajes y participación en físicamente exigentes actividades como deportes acuáticos, paseos a caballo o esquiar.*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección	Número de Tropa	
Padre/Guardian	Teléfono de Día	Teléfono de Tarde
Dirección de Casa	Teléfono Inalámbrico	Correo Electrónico
Contacto de Emergencia – otro aparte de padre o Guardian	Relación	
Dirección	Teléfono	
Nombre de Médico	Teléfono	
Hospital Médico Familiar	Teléfono	
Compañía de Seguro	Número de Póliza/Grupo de Seguro.	

Parte 1 Enfermedad Crónica Recurrentes y Lesiones Comprobar todos los que aplican y dar fechas.

<input type="checkbox"/> Infección de Oído	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Trastornos de Coagulación/Hemorragias	<input type="checkbox"/> Trastornos Musculosqueléticos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	
<input type="checkbox"/> Otro –Explicar y dar Fechas		

Fecha del último examen de salud _____ (Mes/Día/Año) _____

Se observaron problemas médicos complicados en el último examen de salud? Explain/Explique.

Participa actualmente bajo el cuidado de un médico o psicólogo? Explicar.

?

Desde el último examen de salud, el participante tiene cualquiera de los de abajo mencionados? Comprobar todos los que aplican y dar fechas.

<input type="checkbox"/> Una lesión grave que requiera atención médica?	<input type="checkbox"/> Una enfermedad que dure más de 5 días?
<input type="checkbox"/> Cualquier medicamento recetado o sin receta?	<input type="checkbox"/> Una operación quirúrgica o fractura?
<input type="checkbox"/> Tratamiento en un hospital o sala de emergencia?	<input type="checkbox"/> Alguna restricción relativa a las actividades físicas?
<input type="checkbox"/> Cualquier exposición a una enfermedad contagiosa?	<input type="checkbox"/> Otro _____

Si usted marcó cualquiera de las anteriores, por favor explique e incluya fechas:

Parte 2 Alergias

Parte 4 Historial de inmunización

Marque todos los que aplican y especifique la naturaleza de la reacción alérgica.		Inmunización		
			Año de las series completado	Año del último refuerzo
<input type="checkbox"/> Plantas	<input type="checkbox"/> Picadas de insectos	DTP		
<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Comidas	Difteria		
<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	Pertusis (tos ferina)		
<input type="checkbox"/> Medicinas/Drogas	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	Tetanos		
Parte 3 Otras Condiciones de Salud		TD		
<input type="checkbox"/> Mojar la cama	<input type="checkbox"/> Cólicos Menstruales	Sarampión		
<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Disturbios emocionales	Paperas		
<input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/> Régimen dietético especial	Rubeola (Sarampión Alemán)		
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Mareo por movimiento	Antipoliomielítica oral		
<input type="checkbox"/> Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/> Desmayos	Hib		
<input type="checkbox"/> Enfermedad o rasgo drepanocítico	<input type="checkbox"/> Usa anteojos o lentes de contacto	Hepatitis B		
<input type="checkbox"/> Otros especifique		(Prueba cutánea de tuberculina (más reciente))		
		Otro especifique		

Por favor explique todos los artículos que son revisados. Indicar cualquier información útil para el adulto a cargo en relación con cualquier de estas condiciones de salud. También indicar de cualquier actividad que puede participar, no participar o restringida.

Esta historia de salud es completa y exacta. Que yo sepa no hay motivos, aparte de la información indicada en este formulario, porque mi hija no pueda participar en las actividades prescritas excepto como se indica.

Firma del Adulto/Guardian _____ Fecha: _____

Esta historia de salud es completa y exacta. Soy capaz de participar en todas las actividades prescritas, excepto como se indica.

/Firma del Adulto _____ Fecha: _____