HECHOS RELACIONADOS CON EL HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE QUE EL MÉDICO DEBA SABER

Por favor indique si el estudiante ha estado o actualmente está bajo tratamiento debido a cualquiera de las siguientes condiciones:

Condición	Año/edad cuando ocurrió	Condición	Año/edad cuando ocurrió
Asma		Meningitis	
Diabetes		Migraña	
Problemas del oído	Tipo:	Debilidad muscular o parálisis	
Problemas emocionales	Tipo:		
Convulsiones		Hemorragias	Tipo:
Problemas del corazón	Tipo:	Presión arterial alta	
Hepatitis	Tipo:	Enfermedades infecciosas	Tipo:

Otras condiciones:

Alergias:

¿Reacciones a las medicinas o inyecciones?

¿Ha sido hospitalizado debido a enfermedades graves, cirugía o accidentes? (Si la respuesta es afirmativa, favor de explicar)

¿Usa lentes de contacto?	Sí	No	

Medicamentos a largo plazo:

¿Alguna vez se le ha informado sobre la necesidad de someterse a terapia de antibióticos antes de algún tratamiento dental?	Sí	No
Si contesta afirmativamente, identifique la clase de terapia necesaria:		

Por favor añada cualquier problema que no se haya señalado:

REGISTRO DE VISITAS A LA ENFERMERÍA

Fecha	Hora	Maestra(o)	Malestar	Disposición