

Inventario médico

Conferencia de Indiana de las Escuelas Adventistas del Séptimo día
Departamento de Educación

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre legal completo del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

¿A quién notificamos en caso de enfermedad? (dé la dirección y el número de teléfono) _____

(A) _____ (B) _____

¿Con quién vive el estudiante? Madre Padre Otra persona _____

¿Tiene el estudiante seguro médico por accidente u hospitalización? (nombre el seguro) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

1. Enfermedades previas o actuales (marque todas las necesarias):

- | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | | <input type="checkbox"/> Pertusis (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Chorea <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Catarros Frecuentes | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

Mencione otras enfermedades serias, operaciones o lesiones graves, y la edad en qué ocurrieron:

-
2. ¿Ha estado el estudiante cerca de alguien con tuberculosis? sí No
¿Se le ha hecho algún examen de tuberculosis en la piel? sí Año _____ No
¿Se le ha hecho radiografías en el pecho para diagnosticar tuberculosis? sí Año _____ No

3. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? Fecha _____
(Se recomienda dos veces al año)

4. ¿Le han examinado los ojos? Fecha _____ ¿Por quién? _____

5. Haga una lista de cualquier reacción alérgica (por ejemplo: comidas, picadas de insecto, medicinas etc.):

6. Por favor enumere los medicamentos que el estudiante está tomando actualmente:

7. Por favor enumere cualquier detalle que pueda ayudar a la escuela a planear sobre la salud del estudiante: