

**ESCULAS PÚBLICAS DE TULSA**  
**SERVICIO DE SALUD**  
**HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ DOCTOR DE FAMILIA/CLINICA \_\_\_\_\_

HISTORIA DE NACIMIENTO: PROBLEMAS CON EL EMBARAZO: \_\_\_\_\_

CON EL NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DEFECTOS \_\_\_\_\_

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: NOMBRE DE LAS ALERGIAS Y MEDICINA \_\_\_\_\_

ASMA: \_\_\_\_\_ MEDICINA \_\_\_\_\_

DESORDEN CONVULCIBO \_\_\_\_\_

DIABETES \_\_\_\_\_ CORAZÓN \_\_\_\_\_ RIÑONES \_\_\_\_\_ VEJIGA \_\_\_\_\_

ACCIDENTES: FRACTURAS \_\_\_\_\_ HERIDAS \_\_\_\_\_

HERIDAS INTERNAS \_\_\_\_\_

CIRUGÍA \_\_\_\_\_ EXPLIQUE \_\_\_\_\_

FECHA DE LA CIRUGÍA \_\_\_\_\_ ADD/ADHD \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES (VARISELA, PAPERAS, SARAMPIÓN, ESCARLATINA) DE

FECHAS DE ESTAS ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE OTRA CONDICIÓN DE SALUD O MEDICINAS: \_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIANES \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**HD 24 (S) Rev. 06/95, 05/07**

**BACK**  
**(2 side copy)**