

DATOS RELACIONADOS CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS DEL (DE LA) MENOR QUE SE DEBERÁN PONER AL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO

Sírvase indicar se el estudiante ha recibido o actualmente está recibiendo tratamiento para cualquiera de las enfermedades o trastornos a continuación:

Indique el año o la edad que tenía el/la menor cuando padeció de la enfermedad o del trastorno.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Migraña
<input type="checkbox"/> Trastornos del Oído: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular o Parálisis
<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos: (tipo) _____
<input type="checkbox"/> Ataques repentinos	<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial
<input type="checkbox"/> Trastornos del Corazón: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas: (tipo) _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Vacuna Contra el Tétano: (fecha) _____
<input type="checkbox"/> Otra: _____	

¿Alergias? _____

¿Reacciones a la Medicina o a las Inyecciones de vacunas? _____

Hospitalizado(a) debido a enfermedad grave, cirugía o accidentes? _____

¿Usa lentes de contacto? Sí _____ No _____

¿Medicamentos a largo plazo? _____

Alguna vez, le han informado a Ud. el/la menor necesita terapia de anticuerpos antes de que le den tratamiento dentario?
Sí _____ No _____

Si responde *Sí*, Identifique la terapia que el/la menor requiere _____

Sírvase agregar cualquier trastorno físico/mental o enfermedad que no aparece en la lista

Notas: