

**DIÓCESIS DE DALLAS
HISTORIA CLÍNICA**

Nos preocupamos porque cada niño en la Diócesis de Dallas alcance su máximo potencial. Para lograr este objetivo y ayudar a los maestros en todas las formas posibles, es necesario contar con una historia clínica continua. Por lo tanto, este formulario le será enviado cada año para que lo complete y devuelva a la oficina de la escuela. Le pedimos que consulte en la oficina de su escuela en cualquier momento en referencia a los problemas de salud..

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE

Dirección: _____
CALLE #DEPT. CIUDAD CÓDIGO POSTAL

Número de teléfono: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Si su hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, indique la fecha de incidencia:

_____ Diabetes _____ Riñón/Vejiga _____ Varicela _____ Otra
 _____ TDA _____ TDAH _____ Cáncer

Por favor marque cualquiera de las siguientes:

_____ Alergias a Alimentos	Enliste: _____
_____ Lentes/Lentes de Contacto	Especifique: _____
_____ Discapacidad Auditiva	Especifique: _____
_____ Discapacidad Ortopédica	Especifique: _____
_____ Enfermedad del Corazón	Especifique: _____
_____ Convulsiones	Especifique: _____
_____ Asma	Especifique: _____
_____ Fiebre del Heno	Especifique: _____

Comentarios adicionales con respecto a la salud del niño: _____

En caso de emergencia, ¿tiene la escuela permiso para tomar cualquier acción que considere necesaria?
 ___Sí ___No
 En caso de una emergencia, si usted no puede ser localizado, ¿autoriza a la escuela y/o a sus empleados a dar consentimiento para que el menor mencionado anteriormente reciba tratamiento médico? ___Sí ___No
 En caso negativo, ¿qué procedimiento debe tomarse? _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____

Firma de los Padres del Menor: _____