



COLEGIO LOURDES

CALLE MAYAGÜEZ No. 87, SAN JUAN, PUERTO RICO,
P. O. BOX 190847, SAN JUAN, P. R. 00919-0847
T. 787-767-6106, 787-756-5436
CLOURDES@COLEGIOLOURDES.ORG



Historial Médico y de Salud

Documento debe completarlo el pediatra o un médico licenciado.

Nombre: _____

(Letra de Molde)

Fecha Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Grado: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____ Pulso: _____

Alergias:

Favor de marcar con una X si el estudiante padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes alergias:

<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Plantas	<input type="checkbox"/> Nueces
<input type="checkbox"/> Insecticidas	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Animales

En caso de afirmativo explique: _____

Condiciones de Salud:

Marque con un X si el estudiante padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Alergia en Ojos	<input type="checkbox"/> Episodios Febriles	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> *Asma	<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> Otitis Media
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Cólicos Abdominales	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Rinitis
<input type="checkbox"/> Condiciones Cardiacas	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Condiciones Renales	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Croup	<input type="checkbox"/> Infección de Orina	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Infección de Amígdalas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la Lactosa	<input type="checkbox"/> Tubos de Oídos
<input type="checkbox"/> Dolor Menstrual Severo	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Otros

Indique el tratamiento para su condición o condiciones: _____

- **En caso de padecer ASMA se requiere el Plan de acción del Médico o Pediatra y Certificación Médica.**

Vacunas - P-VAC3

El estudiante tiene todas las vacunas al día, según su edad Si No

- **Adjuntar evidencia de P-Vac3 (Hoja Verde)**

Medicamentos

Existe alguna razón por la cual se le debe administrar algún medicamento en el horario escolar: Si No

Mencione medicamentos que tome a diario con dosis y frecuencia:

1. _____ Dosis: _____ Horario: _____
2. _____ Dosis: _____ Horario: _____

Ha sufrido este estudiante de los nervios u otra enfermedad mental o emocional:
 Si No

En caso de ser afirmativo, por favor indique que tipo de enfermedad, recomendaciones, grado de incapacidad y si el estudiante está capacitado para cumplir con sus estudios y actividades recreativas.

Equipo Especial:

El estudiante utiliza algún equipo especial como espejuelos, lentes de contacto, puentes, aparato ortopédico, prótesis o algún otro equipo médico: Si No

Explique:

Indique si el estudiante ha tenido alguna intervención quirúrgica:

Nota: La información del expediente de salud es totalmente confidencial, y se utilizara en el proceso de primera ayuda, cuando ocurra una situación esporádica de salud y/o accidente. El Colegio no se responsabiliza por condiciones de salud no informadas.

CERTIFICACIÓN: Certifico que he examinado a _____
y luego de considerar su historia de salud: Si puede No puede
participar de la clase de Educación Físicas.

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
(Letra de Molde) Fecha: _____

Firma: _____ # Lic.: _____

Dirección: _____

***** Este certificado es válido por un año (12 meses) después de su expedición. Está sujeto a revisión para actividades especiales y necesarias para asegurar la salud y seguridad del menor.**