



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT

**School Health Services**

THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180  
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549  
914-241-6000

Dr. Robert Glass  
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro  
Medical Director

**HISTORIA MEDICA**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. Historia de enfermedades serias u operaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Historia de asma o alergias

\_\_\_\_\_

3. ¿Esta su niño recibiendo algún tratamiento medico? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Si su respuesta es "Si," explique el motivo

\_\_\_\_\_

4. ¿Esta su niño tomando medicamento? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Si su respuesta es "Si," explique el motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Usa gafas? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

¿Lentes de contacto? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

\_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

6. ¿Tiene su niño dificultades para oír? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Si su respuesta es "Si," explique el motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Debe su niño ser restringido de actividades físicas? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Si su respuesta es "Si," explique por que

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Tiene algún problema de comportamiento, crecimiento o nutrición?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha