

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA  
HEALTH SERVICES & PROGRAMS  
HISTORIAL SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN**

Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

1. Nombre del problema del corazón (diagnóstico): \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo empezó su hijo(a) con este problema del corazón? Edad \_\_\_\_\_
3. ¿Esta bajo consulta por un médico sobre este problema? Sí \_\_\_ No \_\_\_
4. Nombre del médico o clínica: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_
5. La última fecha en que el doctor lo revisó por esta condición: \_\_\_\_\_
6. ¿Esta tomando medicamentos su hijo(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_  
Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_
8. Los síntomas que se tienen que observar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Frecuencia de síntomas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Fecha en que ocurrieron los síntomas más recientes: \_\_\_\_\_
11. ¿Qué hace usted cuando ocurren los síntomas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) por esta condición? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesta sí, por favor indique la fecha y explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. ¿Su hijo(a) ha tenido algún examen especial, o él/ella requiere algún procedimiento o cirugía respecto a ésta condición? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesta sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. ¿Esta su hijo(a) en una dieta especial? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesta sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. ¿Existen limitaciones en actividades físicas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesta sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERIA ESCOLAR**