

Duración del Parto.....
 ¿Se presentó de una posición inusual?.....
 ¿Que tipo de anestecia se uso?.....
 ¿Instrumentos usados?.....
 ¿Tuvo el infante contuciones?.....
 ¿Descoloración?..... ¿requirio oxigeno?.....
 ¿Nació el infante con salud y activo?.....
 ¿Se alimentó el infante satisfactoriamente?.....
 Causa de la sordera, si usted sabe.....

Inmunizaciones:

La tarjeta del Certificación de Inmunización del Departamento
 de Salud de Pennsylvania debe ser completada el día de la
 admision en complicidad con la Ley de Inmunización de Escuelas.

Historial de Enfermedad:

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades?
 (Por favor incluya las fechas)

Asma.....	Sarampion.....
Varicelas.....	Meningitis.....
Diabetes.....	Paperas.....
Dipteria.....	Neumonía.....
Epilepsia.....	Polio.....
(convulsiones)	
Sarampion Aleman.....	Fiebre Reumatica.....
Enfermo del Hgado.....	Fiebre Escarlata.....
Enfermo de Pulmones.....	Tuberculosis.....

Circule "Si" o "No" en cada una de las preguntas:

A. ¿Tiene su hijo condición del corazón?.....Si No

Si es si, explique.....

B. ¿Es su hijo alergico a alguna medicina?.....Si No

Si es si, explique.....

C. ¿Es su hijo alergico a alguna comida
o sustancia?.....Si No

Si es si, Enumere.....

D. ¿Le han removido las admindalas o adenoides?.....Si NO

Si es si, especifique.....

E. ¿Ha tenido su hijo alguna operación?.....Si No

Si es si, especifique.....

F. ¿Ha tenido su hijo una leccion en la cabeza?.....

¿De que tipo?..... ¿Cuando?.....

G. ¿Tiene su hijo un impedimento visual?.....

¿Que tipo?.....

H. ¿Tiene su hijo dificultad motora, cerebral,
o otro impedimento físico?.....Si No

Si es si, especifique.....

I. ¿Cual es la salud Genral del niño?.....

J. ¿Cual es la condición de los dientes del niño?.....

Cual es el nombre del medico familiar/clinica.....

Dirección.....

Ciudad.....

Telefono.....