Corporación Escolar North White
Condiciones cardíacas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:_____ Grado:_____

Padre/Tutor: _____ Teléfono #:_____

Cardiólogo:_____ Número de teléfono:_____

Médico:_____Número de teléfono:_____

¿Cuál es el diagnóstico cardíaco de su hijo?:_____

Describa cualquier síntoma asociado con este diagnóstico:_____
_____

¿Alguna vez su hijo ha tenido una cirugía por esta afección? En caso afirmativo, describa:_____
_____

¿Su hijo toma medicamentos para esta afección? En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?_____
_____

¿Ha necesitado su hijo tratamiento en la sala de emergencias por esta afección en el último año?____En caso afirmativo, describa:_____

¿Su hijo requiere restricciones para alguna actividad? En caso afirmativo, explíquelo porfavor_____
_____

(Tenga en cuenta que tenemos que tener una nueva nota para cada año que explique las restricciones del médico)

_____ _____

Firma del Padre / Tutor Fecha