Mending Kids International Parent's Medical Information Form
(Tiene que se completada por el doctor)

Nombre de nino(a) _____ Fecha de nacimiento_____ Sexo_____
Apellido Primer Segundo M/D/A M/F

Nombre de madre _____ Fecha de nacimiento _____Edad_____
Apellido Primer Segundo M/D/A

Historia familiar medico pasado y presente de madre (indicar si se resolvio el problema medico):

Cerebro/cabeza/cuello _____

Pulmones/Corazon _____

Abdomen/higado/riniones/vejiga_____

Huesos/coyunturas_____

Cabello/piel/unas_____

Problemas de emocion/mental _____

Enfermedades transmitida por relaciones sexuales _____

Alergias_____

Medicinas que esta tomando y indicaciones:

1._____3._____

2._____4._____

La mas reciente examinacion medica: Fecha _____

Resultados significativos del examen fisico:_____

_____

_____

Fecha y resultado del examen de tuberculosis: _____

Fecha y resultado del examen de rayos-x si fue positivo del examen de tuberculosis: _____

Fecha y resultado del examen de Hepatitis B surface Antigen: _____

Yo certifico que la informacion indicada es correcta y que la madre es compente para acompanar a su nino(a) a los USA para recibir tratamiento medico.

_____
Nombre, Fecha, Firma del Medico
Dirreccion:

Numero del telefono: