

Distrito Escolar Independiente de Houston
Acuerdo de ingreso a programas Magnet temáticos de STEM 2025-2026

Nombre del estudiante: _____ Núm. de ID estudiantil: _____

Expectativas para los estudiantes

Los estudiantes deben demostrar su compromiso al tema Magnet elegido completando todo el trabajo asignado y asistiendo a todas las sesiones del curso. Deben contribuir al sustento de un ambiente escolar que fomente el respeto mutuo y apoye el éxito de todos según se establece en el Código de Conducta Estudiantil.

Expectativas para la familia

La experiencia educativa Magnet requiere de la participación y cooperación de la familia, y se espera que respondan oportunamente a la comunicación de la escuela sobre el progreso académico, la asistencia y el comportamiento.

Requisitos para continuar en el programa

- Los estudiantes deben participar en un mínimo de dos materias electivas y competencias temáticas, como por ejemplo de ingeniería y robótica.
- Los estudiantes deben aprobar todos los cursos de matemáticas, ciencias y materias electivas específicas de STEM de su escuela para continuar el programa.

Requisitos específicos para preparatoria además de los mencionados anteriormente:

- Todos los estudiantes de último año de preparatoria deben tomar cuatro años de matemáticas y ciencias.

Los estudiantes que no cumplen los requisitos para continuar en el programa son asignados a un **Plan de desarrollo Magnet de HISD** por un mínimo de un ciclo de calificación. El objetivo del plan es ayudar a los estudiantes y sus padres a cumplir satisfactoriamente las expectativas del programa. Un comité integrado por profesionales de la escuela y los padres evalúa el progreso del plan al final del periodo especificado. El plan es evaluado en cada ciclo de calificación del periodo en que está vigente, y sirve de base para determinar si el estudiante debería continuar el programa Magnet el siguiente ciclo escolar. Todas las transferencias Magnet son por un año y solo se pueden denegar al final del año.

Notas importantes:

- Ningún estudiante puede ser asignado al programa educativo general de una escuela para la cual tiene una transferencia Magnet.
- Todos los estudiantes están limitados a una sola transferencia por ciclo escolar.
- Si el estudiante decide abandonar el programa **voluntariamente** antes del final del ciclo escolar, deberá regresar a la escuela de su zona de residencia. Es preciso llenar el formulario de salida voluntaria si el estudiante se retira del programa antes del final del año.
- Todo estudiante con una transferencia a un programa Magnet o de Opciones Escolares debe asistir a clases desde el primer día en la escuela para la cual se le otorgó la transferencia, a menos que haya alguna circunstancia atenuante, a fin de asegurar una plaza en esa escuela.

Acordamos adherirnos a las expectativas y reglas del programa descritas en este acuerdo. Todas las partes deben firmar el acuerdo para que esté vigente. La firma del estudiante solo es necesaria a partir de sexto grado.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Firma del coordinador: _____ Fecha: _____

Director de la escuela o su representante: _____ Fecha: _____

SCHOOL YEAR	GRADE	CAMPUS
2024-2025		
FOR OFFICE USE ONLY		
ENROLLMENT DOCUMENTATION		
DATE OF ENTRY		
DISTRICT ID NO.		
STUDENT LOCAL ID NO.		
DISTRICT OF RESIDENCE		

STUDENT ENROLLMENT FORM 2025-26

**HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
4400 WEST 18TH ST - HOUSTON, TEXAS
77092-8501 PHONE: 713-556-6000**

STUDENT INFORMATION / USAR LETRA DE MOLDE

SOCIAL SECURITY NO. / NUMERO SOCIAL		STUDENT NAME/ NOMBRE DE ESTUDIANTE		
	LAST / APELLIDO	FIRST / PRIMER NOMBRE	MIDDLE INITIAL / SEGUNDO (INICIAL)	GENERATION / GENERACION
GENDER / EL GENERO		DOB / FECHA DE NACIMIENTO	CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO
<input type="checkbox"/> MALE/ MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMALE/ FEMENINO				COUNTRY / PAIS
				UNITED STATES OF AMERICA
RESIDENTIAL ADDRESS- CITY. ZIP CODE/ LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD CÓDIGO POSTAL		MAILING ADDRESS - CITY ZIP CODE/ LA DIRECCION RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL		
HOME PHONE/ TELÉFONO		E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO		
FEDERAL ETHMCTY / ETHICIDAD DEL ALUMNO (SELECT ONE)		RACE / RAZO (SELECT ALL THAT APPLY)	<input type="checkbox"/> (1) AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE <input type="checkbox"/> (2) ASIAN OR PACIFIC <input type="checkbox"/> (3) BLACK, NOT OF HISPANIC ORIGIN <input type="checkbox"/> (4) WHITE, NOT OF HISPANIC ORIGIN <input type="checkbox"/> (5) NATIVE HAWAIIAN / OTHER PACIFIC ISLANDER	
<input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC/LATINO				
SIBLINGS AT HOUSTON ISD / HIJOS EN HOUSTON ISD		NAME/NOMBRE	SCHOOUESCUELAS	GRADE/GRADO
LAST SCHOOL ATTENDED / NOMBRE LAS ÚLTIMAS ESCUELAS ASISTIDAS		CITY / CIUDAD	STATE/ ESTADO	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL
				GRADE LAST COMPLETED / ÚLTIMO GRADO COMPLETADO
CONTACT 1 NAME / EL NOMBRE DE CONTACTO 1		<input type="checkbox"/> LIVES WITH STUDENT / ¿VIVE CON EL ESTUDIANTE	RESIDENTIAL ADDRESS - CITY. STATE ZIP CODE/ LA DIRECTION RESIDENTIAL / LA DIRECCION RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE		
HOME PHONE/ TELÉFONO DE CASA		WORK PHONE/ TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE/ EL NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO
CONTACT 2 NAME / EL NOMBRE DE CONTACTO 2		<input type="checkbox"/> LIVES WITH STUDENT / ¿VIVE CON EL ESTUDIANTE	RESIDENTIAL ADDRESS - CITY. STATE ZIP CODE/ LA DIRECTION RESIDENTIAL / LA DIRECCION RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE		
HOME PHONE/ TELÉFONO DE CASA		WORK PHONE/ TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE/ EL NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO

I understand that if there are any changes to this information that it is my responsibility to notify the school and to provide appropriate documentation.

Yo entiendo que si tengo algunos cambios en mi informacion yo sere responsable de notificar la escuela y proveere la documentacion apropiada.

date

Signature of Parent/Guardian/Appointee

Please Print Name

Month Day Year

1. Students at least 5, but less than 21 on or before September 1 and must be a resident of a participating district are eligible for tree attendance.
2. The parent or guardian signature must be the same as the name of the person with whom the student resides.
3. Texas penal code §37.10 provides that presuming a false document or false records for enrollment in school is an offense under state law.
4. Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or costs under Texas education code §25.001(h).
5. Texas education code §25.002 (f). Requires the school district to record the name, address, and date of birth of the person enrolling a child. /li>



Enrollment Information Additional Contact Form 2025-2026

Student Name/ Nombre del estudiante	HISD Student ID/ Identificación del estudiante HISD
-------------------------------------	---

Individuals not listed on the Enrollment Information Form or Additional Contact Form will not be allowed to pick up your child. Please enter all persons allowed to pick up your child. If you need an additional form, please let your child's homeroom teacher know. We will send an additional form home with your child. To view or edit your child's contact list, log in to HISD Connect at <https://www.houstonisd.org/PSC>

Las personas que no estén en la lista del Formulario de Información de inscripción (Enrollment Information Form) o en el formulario de contacto adicional (Additional Contact Form) no podrán recoger a su hijo(a). Por favor incluya todas las personas autorizadas a recoger a su hijo(a). Si necesita un formulario adicional, comuníquese con el maestro de aula de su hijo(a). Enviaremos un formulario adicional a casa con su hijo. Para ver o cambiar la lista de contactos de su hijo, entre a la página de HISD Connect al <https://www.houstonisd.org/PSC>

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

Lives with student/ Vive con el estudiante
 Emergency/ Emergencia
 Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

Lives with student/ Vive con el estudiante
 Emergency/ Emergencia
 Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

Lives with student/ Vive con el estudiante
 Emergency/ Emergencia
 Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

Lives with student/ Vive con el estudiante
 Emergency/ Emergencia
 Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

Lives with student/ Vive con el estudiante
 Emergency/ Emergencia
 Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

Lives with student/ Vive con el estudiante
 Emergency/ Emergencia
 Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante



Kimberly Hobbs, Principal

K-2 Administrator – Vickie Matson
3-5 Administrator – Ruby Gilbert
6-8 Administrator – Marilyn Callegari

6-8 Counselor –Shaniquwa Finley Carter
Debbie Nettles –Magnet Coordinator

**REQUEST FOR STUDENT RECORDS
(Petición de documentos del estudiante)**

To: _____

Route: _____

**Last School Attended
Escuela en que asistió el estudiante**

Address

City, State, Zip

Registrar's Instructions: The following student(s) has enrolled in our school. Please send a copy of his/her complete file, including the permanent record, available test scores, year-to-date grades, any special education records, and health records.

I hereby authorize the release of information mentioned above to The Rice School/La Escuela Rice.

Student's Name: _____

Nombre del estudiante

Birth Date: ____/____/____

Nombre del estudiante

Entering Grade: _____

Grado entrante

Parent Signature

Firma del padre

Date

Fecha

**Please Mail Directly to:
The Rice School/La Escuela Rice
7550 Seuss Dr.
Houston, TX 77025**

Or

**Email to:
Taisha Dawson
taisha.dawson@houstonisd.org**

Nombre del Estudiante: _____

Distrito: _____

#ID del Estudiante: _____

Escuela: _____

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA USADO EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(El cuestionario sobre el idioma usado en el hogar administrado solamente durante la matriculación inicial en escuelas públicas en Texas)

Este cuestionario debe de completarse por el padre o tutor para estudiantes que cursen desde Prekínder* hasta el octavo grado (o por el estudiante si cursa grados del 9-12)

*Prekínder incluye cualquier estudiante matriculado en programas para niños de 3 o 4 años de edad

Primera Parte:

El estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Estimado padre o tutor:

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre los idiomas que usa su hijo(a) o su familia. Si sus respuestas indican el uso de un idioma que no sea inglés, la escuela llevará a cabo una evaluación de dominio del idioma para determinar qué tan bien se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información se utilizará para determinar cualquier apoyo lingüístico apropiado e informar las recomendaciones de instrucción. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma del hogar, o si desea ayuda para completar el formulario, comuníquese con el personal de su escuela/distrito.

Este cuestionario se mantendrá en la carpeta de registro permanente de cada estudiante. Una copia de este cuestionario seguirá al estudiante mientras esté matriculado en cualquier escuela pública o una escuela autónoma de inscripción abierta de Texas.

Segunda Parte:

Por favor, responda a las preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Cuáles idiomas se usan en el hogar? _____
2. ¿Cuáles idiomas usa el estudiante en el hogar? _____
3. Si el estudiante tenía un entorno familiar anterior, ¿cuáles idiomas se utilizaban? Si no tenía un entorno familiar anterior, responda No aplicable (N/A). _____

Al marcar este casillero, yo entiendo que una corrección a este cuestionario solo puede suceder si:

- 1) mi hijo/(a) aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y
- 2) las correcciones se realizan en un plazo de dos semanas naturales a partir de la fecha de matriculación de mi hijo(a).

Nota: Por favor, póngase en contacto con su escuela para informarse sobre los beneficios de los servicios de la educación bilingüe. Los siguientes recursos también pueden proporcionarle información sobre los servicios del programa que fomentan el bilingüismo.

- [Derechos de los padres/tutores](#)
- [Educación bilingüe](#)
- [Videos informativos para padres](#)

Por favor, visite el portal Apoyando a estudiantes bilingües emergentes en Texas (txel.org) para obtener información adicional.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 _____ Fecha _____



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA _____ FECHA _____

MAESTRO(A) _____ ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ _____

Favor de completar esta forma y regresarla al maestro(a) o enfermero(a). La información de este formulario ayudará al personal de la escuela a comprender mejor las necesidades de salud de su hijo(a):

Nombre _____ Sexo _____ Fecha nac. _____ Peso al nacer _____

Dirección _____ Teléfono _____

¿Alguna vez el doctor le dijo que su hijo(a) tiene:

	Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?		Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?
Asma			Problemas de los huesos/articulación		
Alergias			Fiebre reumática		
Trastorno sanguíneo			Cirugía/fracturas		
Diabetes			Enfermedad T. B.		
Epilepsia/ataques			Pérdida de la audición		
Enfermedad del corazón			Pérdida de la visión		
Trastornos del riñón			Calambres menstruales severos		
Cáncer			Trastornos de la alimentación		

Marque si ha observado algo de lo siguiente en su hijo(a):

Se cansa fácilmente Dolor de oído Silbido o poco aliento cuando hace ejercicio
 Dolor de cabeza frecuente Dificultad para hacer amigos Se come las uñas
 Desmayos Tose frecuentemente por la noche Inquietud
 ¿El doctor ha examinado a su hijo(a) por alguna causa mencionada arriba? Sí No

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? Sí No
 ¿Cuál? _____
 ¿Para qué condición? _____
 Otro comentario _____

¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)?
 CHIP Medicaid HCHD Seguro médico privado No tiene

Favor de visitar a la enfermera (o director(a)) si su hijo(a) es:

- Una adolescente embarazada o con hijos

y/o

- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos

Firma _____



PETICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DE ALIMENTOS

Estimados padres:

Este formulario permite revelar si su hijo(a) es alérgico a algún alimento o si tiene una alergia severa a alimentos que deba informar al distrito para tomar las precauciones necesarias para su seguridad.

“Alergia severa a alimentos” refiere a una reacción peligrosa o que pone en riesgo su vida debido a un alérgeno alimenticio introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere de atención médica inmediata.

Favor de hacer una lista de los alimentos a cuales su hijo(a) es alérgico o tiene una alergia severa, al igual que cómo reacciona su hijo(a) cuando es expuesto a los alimentos listados.

No tengo información que reportar.

Alimento	Naturaleza de la reacción alérgica al alimento	¿Pone en riesgo su vida?

PARA SOLICITAR UNA DIETA ESPECIAL, MODIFICACIONES AL PLAN ALIMENTICIO O PARA PROPORCIONAR MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LA ALERGIYA ALIMENTICIA DE SU HIJO(A), CONTACTE A LA ENFERMERA ESCOLAR O ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A).

El distrito mantendrá la información proporcionada arriba como confidencial y podrá revelar información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal apropiado, dentro de los límites de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares y las normas del distrito.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

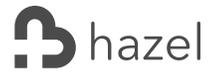
Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Fecha que la escuela recibió este documento: _____

Consentimiento para Hazel Health

HISD



Nuestra escuela se asocia con Hazel Health para brindar acceso a servicios de atención médica de calidad para todos los estudiantes. El representante de salud de la escuela puede iniciar una visita por video con un proveedor de Hazel Health mientras su hijo está en la escuela. Para garantizar que su hijo tenga acceso a este servicio, complete **AMBAS** páginas de este formulario.

Para obtener más información sobre Hazel o completar este formulario en línea, visite: 
my.hazel.co/houstonisd

Mes / Día / Año

Primer Nombre del Hijo/a	Apellido del Hijo/a	Fecha de Nacimiento	
Padre / Tutor Legal #1 Nombre	Relación con el Estudiante	Teléfono Celular ()	Correo Electrónico
Padre / Tutor #2 Nombre	Relación con el Estudiante	Teléfono Celular	Correo Electrónico

Información necesaria sobre el seguro

Hazel Health se asoció con su escuela para cubrir el costo de los servicios, de modo que su familia **no tenga que pagar nada**.

¿Por qué se necesita un seguro si la visita de Hazel no tiene costo? Hazel Health factura al seguro médico por los servicios para asegurar que el costo de la visita esté cubierto por su plan médico y que no haya costos de bolsillo para la familia. Teniendo información del seguro también ayuda a Hazel a coordinar mejor la atención de su hijo, como referencias y recetas. Una vez finalizada la visita, es posible que reciba una explicación de los beneficios (EOB) por correo. Si recibe una EOB, **NO es una factura**, es simplemente un registro que indica que se realizó una visita y se envió a su seguro. No se necesita ninguna acción. La información de su seguro siempre se mantiene confidencial y se almacena de forma segura. Al proveer su información del seguro usted está capacitando a Hazel para continuar con su misión, asegurando que cada niño sea visto, escuchado y atendido.

¿Qué sucede si mi hijo no tiene seguro? Cualquier estudiante, sin importar el estado del seguro, puede usar Hazel Health. Hazel revisará y confirmará el estado del seguro del estudiante cuando se programe o realice una visita.

Para más información sobre el seguro, consulte nuestras preguntas frecuentes en www.hazel.co/faq.

Por favor proporcione la información del seguro de su hijo:

Proveedor de Seguro / Nombre del Plan	Número de Identificación del Miembro	Número de Grupo (si corresponde)	
Primer Nombre del titular de la póliza	Apellido del titular de la póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Relación con el Estudiante

Al marcar esta caja, declaro que mi hijo no tiene cobertura de seguro médico en este momento.

He leído la Autorización y póliza de privacidad de Hazel Health Services y: (por favor marque una casilla de abajo)

DOY permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de un proveedor de Hazel Health.

NO DOY permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de un proveedor de Hazel Health.

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante Legal (Requerida) _____ Fecha _____

CONTINÚE EN LA PÁGINA 2 PARA INGRESAR LAS ALERGIAS CONOCIDAS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD
Este consentimiento sigue siendo válido al menos que sea revocado por el padre / tutor legal / representante legal.

Primer Nombre del Hijo/a

Apellido del Hijo/a

Fecha de Nacimiento

¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento?

- Sí NO Alergias a medicamentos Por favor, liste: _____
- Sí NO Alergias alimentarias Por favor, liste: _____
- Sí NO Alergias estacionales/ambientales Por favor, liste: _____

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento actualmente?

- Sí NO Por favor, liste: _____

Si lo recomienda un proveedor médico certificado de Hazel, se podrían administrar los siguientes medicamentos (edad/peso apropiado) a su hijo/a en la escuela?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tylenol™ / Acetaminofeno (dolor, fiebre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jarabe para la tos (tos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (dolor, fiebre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudafed™ / Fenilefrina (congestión) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pepto™ para niños / Carbonato de Calcio (dolor de estómago) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crema de Hidrocortisona (inflamación, picazón) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Líquido Pepto-Bismol™ / Subsalicilato de Bismuto (náuseas, indigestión, dolor de estómago) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benadryl™ / Diphenhydramine (reacción alérgica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antiácido Líquido / Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio, Simefóna (dolor de estómago) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zyrtec™ / Cetirizine (alergias, reacción alérgica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pastilla para la garganta / Benzocaína / Mentol (tos, dolor de garganta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zaditor™ / Ketotifeno (gotas para alergias en los ojos) |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ungüento antibiótico / Bacitracin / Neomicina / Polimixina B (heridas, infecciones) |

¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una (o más) de las siguientes afecciones de salud o problemas de salud?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reflujo ácido (Acidez estomacal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno genético |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migrañas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía: Apéndice |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía: Tubos para los oídos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía: Amígdalas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro (Por favor describa): |

¿Tiene su hijo/a un médico de atención primaria?

Hazel utiliza esta información para coordinar con su médico e informarles de cualquier visita de Hazel. Si proporciona el número de fax, Hazel podrá enviar un resumen de la visita al médico de su hijo/a.

- YES NO

Child's Doctor

Phone

Fax