



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA Sugar Grove Academy 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 _____