



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HEALTH INVENTORY

SCHOOL \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

TEACHER \_\_\_\_\_

SCHOOL LAST ATTENDED \_\_\_\_\_

Please fill in this form and return to the teacher or nurse. The information given on this form will help the school staff to have a better understanding of your child's health needs:

Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Birth weight \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Have you ever been told by a doctor that your child had:

Table with 6 columns: Condition, Age First Identified, Under Doctor's Care?, Condition, Age First Identified, Under Doctor's Care? Rows include Asthma, Allergies, Blood Disorder, Diabetes, Epilepsy/Seizures, Heart Disease, Kidney Disorder, Cancer, Bone/Joint Problem, Rheumatic Fever, Surgery/Fractures, T. B. Disease, Hearing Loss, Vision Loss, Severe Menstrual Cramps, Eating Disorder.

Please check if you have observed any of the following in your child:

Checkboxes for: Tires easily, Earaches, Wheezing, shortness of breath with exercise, Frequent headaches, Difficulty making friends, Nail Biting, Fainting, Coughs frequently at night, Restlessness. Includes question: Has your child been seen by a doctor for any of the above? Yes No

Is your child on any kind of medication? Yes No. If so, what? For what condition? Further comment

What type of medical insurance do you carry for this child? CHIP Medicaid HCHD Private Insurance None

Please see the School Nurse (or School Principal) if your child has other needs or is: A pregnant or parenting teen and/or Has a severe life-threatening food allergy

Signature \_\_\_\_\_



# 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 \_\_\_\_\_