



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:

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

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

_____ Tires easily _____ Earaches _____ Wheezing, shortness of breath with exercise
_____ Frequent headaches _____ Difficulty making friends _____ Nail Biting
_____ Fainting _____ Coughs frequently at night _____ Restlessness

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 _____



KHU HỌC CHÍNH HOUSTON

KIỂM KÊ SỨC KHOẺ

TRƯỜNG _____ NGÀY _____

GIÁO CHỨC _____ TRƯỜNG HỌC SAU CÙNG _____

Vui lòng điền tờ đơn này và nộp lại cho giáo chức hay y tá. Chi tiết trong tờ này sẽ giúp nhân viên nhà trường hiểu rõ hơn về tình trạng sức khỏe của con em quý vị:

Tên _____ Phái Tính _____ Ngày sinh _____ Trọng lượng khi sinh _____

Địa chỉ _____ Điện thoại _____

Có khi nào một bác sĩ nói với quý vị rằng con em của quý vị bị bệnh:

	Tuổi khi nhận thấy bệnh	Có được bác sĩ chăm sóc?		Tuổi khi nhận thấy bệnh	Có được bác sĩ chăm sóc?
Suyễn			Xương/khớp		
Dị ứng			Viêm tuỷ xám		
Máu rối loạn			Giải phẫu/Gãy xương		
Tiểu đường			Bệnh lao		
Động kinh			Điếc		
Bệnh tim			Mù		
Bệnh thận			Đau khi có kinh nguyệt		
Ung thư			Không ăn được		

Vui lòng đánh dấu nếu quý vị nhận thấy con em có một trong những điều sau đây:

_____ Mau mệt _____ Đau tai _____ Khó thở, bị hụt hơi khi tập thể dục
_____ Hay nhức đầu _____ Khó có bạn _____ Cẩn móng tay
_____ Mệt lả _____ Thường ho vào ban đêm _____ Luôn hiếu động

Con em quý vị có gặp bác sĩ về triệu chứng trên không? Có ☐ Không ☐

Con em quý vị có uống thuốc không? Có ☐ Không ☐

Nếu có, thuốc gì? _____

Vì tình trạng gì? _____

Ghi chú thêm _____

Con em của quý vị có loại bảo hiểm nào?

CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Bảo hiểm tư ☐ Không có ☐

Vui lòng gặp Y Tá Trường (hay Hiệu Trưởng) nếu con em quý vị là:

- Một thiếu nữ có thai hay có con
và/hoặc
- Bị dị ứng trầm trọng vì thực phẩm

Chữ ký _____