



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 CHÁNH 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 Cấn 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 _____