



# 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 \_\_\_\_\_