



# DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

## INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

=@) `@ ..... 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. \_\_\_\_\_ h 8 \_\_\_\_\_

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    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**y/o**

- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos    Sí \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_