

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
Servicios de Salud

INVENTARIO DE SALUD

_____ ESCUELA _____ MAESTRA _____ FECHA _____

Por favor completen esta forma y devuélvala a la maestra o enfermera lo mas pronto posible. La información nos ayudará mejor entender la salud de su hijo(a).

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso de Nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono _____

¿Ha padecido lo siguiente?	¿De que edad?	¿Ha padecido lo siguiente?	¿De que edad?
- Asma		- Ortopédico	
- Alergia		- Polio	
- Desorden de la sangre		- Fiebre reumática	
- Convulsiones		- Accidente serio	
- Diabético		- Fracturas o cirugía	
- Epilepsia		- Contacto con tuberculosis	
- Desorden del corazón		- ¿Oye bien?	
- Desorden de los riñones		- ¿Ve bien?	

Si su hijo(a) a tenido cualquiera de las condiciones mencionadas arriba, ¿recibio tratamiento de un médico? Sí _____ No _____

Po favor marque cualquiera de las siguiente que usted ha observado:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> se cansa fácilmente
<input type="checkbox"/> está bajo peso; delgado
<input type="checkbox"/> está sobre peso; gordo
<input type="checkbox"/> le da dolor de cabeza frecuentemente
<input type="checkbox"/> se resfria frecuentemente
<input type="checkbox"/> le da dolor de estómago frecuentemente
<input type="checkbox"/> se pone mal de garganta frecuentemente
<input type="checkbox"/> no se aviene con otros | <input type="checkbox"/> tiene hemorragias nasales frecuentemente
<input type="checkbox"/> tiene dolor del oído frecuentemente
<input type="checkbox"/> se desmaya frecuentemente
<input type="checkbox"/> se muerde las uñas
<input type="checkbox"/> es inquieto; se desasosiega
<input type="checkbox"/> es timido
<input type="checkbox"/> no le gusta la escuela |
|---|---|

¿Ha consultado con un médico sobre las sintomas de arriba? Sí _____ No _____
 ¿Ha tenido su hijo(a) un examen físico completo este ultimo año? Sí _____ No _____
 ¿Recibe su hijo(a) ahora medicación? _____ Si la contestación es "Sí", ¿que clase? _____
 ¿Para cuál condición? _____
 ¿Nombre del médico o de la clínica _____
 Otros comentarios _____
 ¿Ha asistido su hijo(a) a alguna escuela pública de Houston? _____
(Nombre de la escuela) _____
(Fecha) _____

TENGA USTED LA CONFIANZA DE CONSULTAR CON LA ESCUELA SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE SU NINO(A).

_____ Firma _____