

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE GALENA PARK

Inventario de Salud- Primaria, Secundaria y Preparatoria

Escuela: _____ Maestro (a) _____

Padre/Tutor: Por favor llene este formulario y regréselo al maestro(a) o enfermera lo más pronto posible. Es posible que esta información sea compartida con el personal apropiado de la escuela para tener un mejor entendimiento del estado de salud de su hijo(a).

Nombre: _____ Sexo: M: ___ F: ___ Fecha De Nacimiento _____ Peso al Nacer: _____

HISTORIAL MÉDICO	SI	NO	HISTORIAL MÉDICO	SI	NO
Alergia (especifique)			Distrofia Muscular		
Asma (especifique)			Desorden Alimenticio		
ADD, ADHD			Dolores de Cabeza		
Autismo			Artritis		
Lesión cerebral			Fobia escolar		
Cáncer			Convulsiones		
Enfermedad del corazón/ cardiovascular			Espina Bífida		
Infecciones del oído/problemas de audición			Ortopédico		
Parálisis Cerebral			Oxígeno suplemental		
Fibrosis Quística			Síndrome de Tourette		
Depresión			Derivación ventrículo peritoneal		
Diabetes			Infecciones de vejiga/riñón		
Síndrome de Down/Mongolismo			Problemas de visión		

* Cirugías/otra Condición: _____

* ¿Está su hijo(a) bajo cuidado médico por cualquier enfermedad mencionada arriba? YES _____ NO _____

* Restricciones debidas a condiciones mencionadas: _____

* ¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento? SI _____ NO _____ ¿Si es así, qué? _____

* ¿Para cuál condición? _____ Nombre del doctor o clínica: _____

*¿Su hijo(a) es alérgico(a) a cualquier alimento? SI _____ NO _____ ¿Si es así, qué alimento(s)? _____

Hay algo en especial que le gustaría mencionar: _____

**Que clase de seguro médico tiene este niño(a)?	
____CHIP	____Medicaid
____Tarjeta Médica del Distrito Hospitalario del Condado Harris	____ Seguro Privado
____Ninguno	

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela para que instruya a los maestros así como a otras personas envueltas sobre el cuidado de mi hijo(a) que implica su(s) condición médica. Esto ayudaría a observar cualquier otra complicación que pueda ocurrir. También doy mi permiso para que la enfermera de la escuela solicite información médica, de salud o registro de vacunas y/o se comunique con la oficina del doctor con respecto a esta información.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

****** Por favor regrese este formulario a la enfermera de la escuela dentro de 10 días. ******