

Inventario de Salud

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) "M.I."

Seguro Social # _____

No están obligados a contestar las preguntas 1 – 3 si lo prefieren o creen que esta información no es provechosa o necesaria para las actividades escolares normales de su hijo(a). Sin embargo, si las preguntas no han sido contestadas, Klein ISD no podrá ser responsable por ninguna consecuencia que podría resultar de la participación de su hijo(a) en las actividades regulares.

1. Si su hijo(a) ha tenido cualquiera de lo siguiente, por favor marque con una (✓) y dé la fecha si es posible.

✓	Historia de Enfermedades	Fecha	✓	Historia de Enfermedades	Fecha
	Asma			Hepatitis	
	Alergia *			Hiperactividad	
	Irregularidad de Sangre *			Problemas de Riñones o Vejiga	
	Problemas de Intestinos			Irregularidades Musculares	
	Cancer *			Hemorragias Nasales	
	Varicela			Irregularidades Ortopédicas *	
	Defecto Congénito *			Polio	
	Labio Laporino/Paladar Hendido			Fiebre Reumática	
	Diabetes			Convulsiones o Ataques Epilépticos	
	Infecciones del Oído			Accidentes Graves *	
	Frecuentes Dolores de Garganta			Depranositosis (Células Falciformes)	
	Dificultades Auditivas			Cirugías *	
	Herida en la Cabeza			Contacto con Tuberculosis	
	Problemas de Corazón			Pérdida Visual	

* *Por favor explique*

2. Su hijo(a) tiene el siguiente seguro para servicios de salud:
 _____ Seguro de salud a través del trabajo de los padres
 _____ Medicaid
 _____ CHIPS
 _____ Otro
 _____ Ninguno

Sí No 3. ¿Está su hijo(a) bajo tratamiento médico en la actualidad?

Si está, por qué condición? _____

4. Enumere todas las medicinas que su hijo(a) está tomando _____

5. Nombre del Médico o Clínica _____

6. Número de Teléfono del Médico _____

7. Comentarios Adicionales: _____

Yo doy mi permiso para que se provea la información relacionada con la salud de mi hijo(a) al personal apropiado para su cuidado, seguridad y bienestar.

Firma del Padre: _____

Fecha _____