

Health Inventory

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

1. Si su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones, por favor marque (✓) y provea las fechas cuando sea posible.

✓	Antecedentes de la enfermedad	Fecha	✓	Antecedentes de la Enfermedad	Fecha
	Asma			Hepatitis	
	Alergia*			Hiperactividad	
	Desorden sanguíneo *			Problemas de vejiga o de riñón	
	Problemas estomacales			Desordenes musculares	
	Cáncer*			Sangrado nasal	
	Varicela			Desordenes ortopédicos*	
	Defecto congénito*			Polio	
	Labio leporino/Paladar hendido			Fiebre Reumática	
	Diabetes			Convulsiones	
	Infecciones de oído			Accidentes graves*	
	Dolores de garganta frecuentes			Anemia de células falciformes	
	Problemas auditivos			Cirugías*	
	Lesiones en la cabeza			Contacto con Tuberculosis	
	Problemas cardíacos			Perdida de visión	

2. Por favor responda a las siguientes preguntas:

Sí ✓	No ✓	
		¿Su hijo ha viajado fuera de los Estados Unidos en el último mes?
		¿Algún miembro de su familia ha viajado fuera de los Estados Unidos en el último mes?
		¿Usted o algún miembro de su familia han cuidado de alguna persona enferma durante el último mes?
		Su hijo o algún miembro de su familia, ¿Han sufrido de alguna enfermedad que les haya causado fiebre en el último mes?

3. La situación actual del seguro Médico del niño es la siguiente:

- _____ Seguro Médico provisto a través del trabajo del padre/ madre
- _____ Medicaid
- _____ CHIPS
- _____ Otro
- _____ Ninguno

Sí No

4. ¿Está su hijo recibiendo tratamiento médico actualmente?

Si esto es así, ¿Debido a que condición? _____

5. Enumere las medicinas que está tomando su hijo. _____

6. Nombre del Doctor o de la Clínica y Teléfono: _____

Comentarios adicionales: _____

Yo autorizo que toda la información relacionada con la salud sea provista al personal apropiado para el cuidado, la seguridad y el bienestar de mi hijo.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

This section to be completed by Campus Clinic Staff

Health Inventory Review by Campus Nurse completed on _____ (date).

Temp _____ Pulse _____ Resp. _____ B/P _____

Campus Nurse Printed Name: _____ Signature _____