

**DISTRITO ESCOLAR ONTARIO-MONTCLAIR**  
**SERVICIOS DE SALUD**  
**INVENTARIO DE SALUD**

FECHA \_\_\_\_\_

☐ M ☐ F

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_ Escuela del Distrito Escolar Ontario-Montclair a la que asistió previamente \_\_\_\_\_

Plan de seguro médico: ☐ IEHP ☐ Molina ☐ Medi-Cal ☐ Kaiser ☐ Otro \_\_\_\_\_

Numero de plan médico: \_\_\_\_\_

Nombre del medico familiar: \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

El niño vive con: ☐ El padre ☐ La madre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Padre adoptivo ☐ Abuelo

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD**

Sí No

- Viruela ☐ ☐
- Sarampión alemán (3 días) ☐ ☐
- Sarampión rojo (10 días) ☐ ☐
- Fiebre escarlata ☐ ☐
- Dolor de oídos ☐ ☐

**CRÓNICAS ENFERMEDADES/ALÉRGICAS**

Sí No

- Reacción alérgica a la picadura de insectos ☐ ☐  
GRAVE \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_
- Cualquier otra alergia ☐ ☐  
Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_  
Enumere todas los medicamentos para la alergia \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS MÉDICOS/DE SALUD**

(Si es sí, por favor explique a continuación)

- Visión ☐ ☐
- Usa anteojos ☐ ☐
- Dentales ☐ ☐
- Audición ☐ ☐
- Usa audífonos ☐ ☐
- Cardíacos ☐ ☐
- Pulmonares ☐ ☐
- Renales/vejiga ☐ ☐
- Huesos/coyuntura ☐ ☐

Si es sí para cualquiera de las anteriores, por favor explique \_\_\_\_\_

- Asma ☐ ☐
- Diabetes ☐ ☐
- Convulsiones ☐ ☐
- Epilepsia ☐ ☐  
Si es sí para cualquiera de los anteriores, por favor explique \_\_\_\_\_

**INDIQUE A CONTINUACIÓN EL AÑO EN QUE OCURRIÓ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES**

- ¿Lesiones/enfermedades/accidentes graves? (Explique e indique fechas) \_\_\_\_\_

- ¿Alguna cirugía? (Explique e indique fechas) \_\_\_\_\_

- alguna hospitalización (Explique e indique fechas) \_\_\_\_\_

¿Otra discapacidad física? \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los medicamentos que está tomando en Este momento \_\_\_\_\_

- Examen de tuberculosis \_\_\_\_\_ ☐ Positivo ☐ Negativo

- Fecha del examen físico completo más reciente \_\_\_\_\_

- ¿Tiene su hijo algún problema de aprendizaje? ☐ Sí ☐ No  
Si es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Otra información de salud que podría ser útil para la enfermera escolar \_\_\_\_\_