

# Edinburg Consolidated Independent School District

TFR 

## Student Health Inventory/Record de Salud

NTD **2019 - 2020** Campus \_\_\_\_\_

<b>Student Name</b> _____ <i>Nombre del estudiante</i>	<b>Grade</b> _____ <i>Grado</i>	<b>DOB</b> _____ <i>Fecha de nacimiento</i>	<b>Student ID #</b> _____ <i>identificación del estudiante</i>
<b>Mailing Address</b> _____ <i>Dirección</i>	<b>Zip</b> _____	<b>Home Phone</b> _____ <i># de Teléfono</i>	
<b>Physical Address</b> _____ <i>Dirección Física</i>			

<b>Mother's Name:</b> _____ <i>Nombre de la Madre</i>	<b>Place of Work</b> _____ <i>Lugar de empleo</i>	<b>Phone:</b> _____ <i>Teléfono</i>
<b>Father's Name</b> _____ <i>Nombre del Padre</i>	<b>Place of Work</b> _____ <i>Lugar de empleo</i>	<b>Phone:</b> _____ <i>Teléfono</i>
<b>Legal Guardian's Name</b> _____ <i>Nombre del guardián legal</i>	<b>Place of Work</b> _____ <i>Lugar de empleo</i>	<b>Phone:</b> _____ <i>Teléfono</i>

<b>Father's Cell#</b> _____ <i># celular de Padre</i>	<b>Mother's Cell #</b> _____ <i># celular de Madre</i>	<b>Guardian's Cell#</b> _____ <i># celular de guardián legal</i>
--	---	---

<b>Name and phone number of another contact person who may pick up your child in case you cannot be reached/</b> <i>Otra persona responsable de recoger a su niño / niña si usted no puede ser localizado</i>		
<b>Name:</b> _____ <i>Nombre</i>	<b>Relation:</b> _____ <i>Relación</i>	<b>Phone #:</b> _____ <i># de Teléfono</i>
<b>Name:</b> _____ <i>Nombre</i>	<b>Relation:</b> _____ <i>Relación</i>	<b>Phone #:</b> _____ <i># de Teléfono</i>
<b>Name:</b> _____ <i>Nombre</i>	<b>Relation:</b> _____ <i>Relación</i>	<b>Phone #:</b> _____ <i># de Teléfono</i>

<b>Has ever enrolled in Edinburg CISD Schools?</b> _____ <b>Yes/ Sí</b> _____ <b>No/No</b> _____ <i>Ha sido inscrito en las escuelas del distrito de Edinburg alguna vez?</i>	<b>City &amp; State:</b> _____ <i>Ciudad &amp; Estado</i>
<b>Last School Attended :</b> _____ <i>La ultima escuela que asistió</i>	

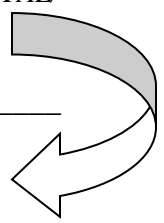
<b>Does your child have medical insurance/Medicaid/CHIPs</b> _____ <b>Yes/ Sí</b> _____ <b>No/No</b> _____ <i>¿ Su niño tiene seguro médico/medicaid/CHIPs?</i>	<b>Doctor's Name:</b> _____ <i>Nombre del Médico:</i>	<b>Phone #:</b> _____ <i># de Teléfono:</i>
--	--	--

<b>Brothers or sisters in Edinburg CISD Schools?</b> <i>¿ Hermanos o hermanas en las escuelas del distrito de Edinburg?</i>
<b>Name nombre</b> _____ <b>School Escuela</b> _____ <b>Grade Grado</b> _____
<b>Name nombre</b> _____ <b>School Escuela</b> _____ <b>Grade Grado</b> _____
<b>Name nombre</b> _____ <b>School Escuela</b> _____ <b>Grade Grado</b> _____

**IF EMERGENCY TREATMENT IS REQUIRED, MAY HOSPITAL AND AMBULANCE PERSONNEL/ DOCTOR ADMINISTER TREATMENT AS NECESSARY? ¿SI SU NIÑO / NIÑA REQUIERE TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA , PUEDE EL PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL/ AMBULANCIA O DOCTOR ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO? YES/ SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

<b>Signature of Parent/Guardian</b> _____ <i>Firma del Padre/Guardián:</i>	<b>Date</b> _____ <i>Fecha</i>
---	-----------------------------------

**\*\*\*\*Please Complete the Back Side / Por favor llene el otro lado \*\*\*\***



**List any medication your child is taking: Anotar medicamento que toma su niño/niña:**

At home / en la casa \_\_\_\_\_

At school / en la escuela \_\_\_\_\_

All prescription medication must have a signed parent note/ All non-prescription medication must have a signed doctor's (U.S.) authorization and a signed parent note. Todos los medicamentos con receta deben tener una nota firmada de los padres / Todos los medicamentos sin receta debe tener la autorización de un médico (U.S.) firmado y una nota firmada de los padres

**Has your child had any of the health problems listed below? Please explain if you answer yes.**

¿Ha tenido su hijo alguno de los problemas de salud enlistados enseguida? Explique por favor si contesta sí.

Condition/Condición:	Yes/Sí	No	Elaboration / elaboración:
<b>Allergy- Seasonal, Environmental, Food, medication.</b> Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos			<b>to what?/¿a qué?</b>
<b>Asthma/Asma –</b> A doctor's written authorization is required to carry and self-administer asthma medication at school. Una autorización escrita por un médico es requerida para que un estudiante cargue y se administre su medicina del asma en la escuela.			<b>Has a doctor given approval for your child to carry and self-administer the medication in school? ¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medicina en la escuela?</b> <b>Yes / Sí No</b>
<b>Mental / Psychological Disorders – (ADHD/ Depression /Anxiety / Autism...)</b> El déficit de la atención desorden hiperactivo/ Depresión/ansiedad / autismo ...			<b>If yes, what disorder. ¿Si sí, que desorden?</b>
<b>Life threatening allergies / reactions?</b> ¿Tiene alergias que amenazan la vida?			<b>to what? /¿ a qué?</b> <b>require medication?/¿ requiere medicamento? Yes / Sí No</b>
<b>Birth defect /Defecto de nacimiento</b>			
<b>Diabetes / Diabetes</b>			<b>Type 1 ____ Type 2 ____</b>
<b>Chronic Ear Infection/ Infecciones crónicas del oído</b>			<b>has tubes? ¿tenia tubos? Yes / Sí No</b>
<b>Hearing Problems / problema auditivo</b>			<b>Hearing Aids?/ ¿Aparato para oír? Yes / Sí No</b>
<b>Eye / Ojo - Wears glasses or contacts?</b> ¿Usa lentes o contactos?			
<b>Other Disorders of the Eye / otras enfermedades del ojo</b>			
<b>Epilepsy /Seizures Epilepsia / Desorden de ataques</b>			<b>date of last seizure?/¿fecha del último ataque?</b>
<b>Heart Problems / Problema Cardíaco</b>			<b>Doctor ordered restrictions?/¿ Restricciones de actividad por orden del doctor? Yes/ Sí No</b>
<b>Hepatitis / Hepatitis</b>			<b>type/Tipo A B C</b>
<b>Kidney / Bladder Problems/Problema al riñón / vejiga</b>			
<b>Major Surgery / Operaciones</b>			
<b>Orthopedic / Bone Problems? /¿Problema ortopédico (huesos)?</b>			
<b>Rheumatic Fever / Fiebre Reumática</b>			
<b>Special Diet ordered by doctor / Dieta Especial por orden del doctor</b>			
<b>Ulcers/Gastritis/Ulceras/Gastritis</b>			

**Other Conditions or Comments / Otras Condiciones o Comentarios:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

It is the policy of the Edinburg CISD not to discriminate on the basis of sex, age, handicap, religion, race, color, or national origin in its educational programs. Es política del Distrito Escolar de Edinburg el no discriminar por razones con base en sexo, edad, religión, raza, color, origen nacional, ni por discapacidad dentro de sus programas educacionales.