



# Indiana Conference of Seventh-day Adventists®

PO Box 5000  
Westfield IN 46074-5000  
E-mail: education@indysda.org

Phone: 317-844-6201  
Fax: 317-571-9281  
Website: www.indysda.org

## Health Inventory

### INFORMACIÓN PERSONAL

---

Nombre Legal completo del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Quien notificar en caso de enfermedad (dar dirección y números de teléfono): \_\_\_\_\_

(A) \_\_\_\_\_ (B) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El estudiante vive en casa con los padres?  Madre  Padre  otros

¿El estudiante tiene cobertura por accidente u hospitalización de la política? (Tipo de estado) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA

---

1. Corriente o enfermedades previas (marque todos que aplican):

- |  |   |  |                                       |   |
|--|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Measles       | <input type="checkbox"/> Mumps          | <input type="checkbox"/> Rubella         | <input type="checkbox"/> Hepatitis    | <input type="checkbox"/> Scarlett Fever |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Whooping Cough | <input type="checkbox"/> Diphtheria      | <input type="checkbox"/> Chorea       | <input type="checkbox"/> Polio          |
| <input type="checkbox"/> Chickenpox    | <input type="checkbox"/> Epilepsy       | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Allergies      |
| <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> HIV            | <input type="checkbox"/> Frequent Colds  | <input type="checkbox"/> Other: _____ |   |

Lista de cualquier otras enfermedades graves, operaciones, o lesiones y la edad cuando se produjo:

---

2. Este estudiante ha estado cerca a alguien que ha tenido o tiene tuberculosis?  Sí  No

El estudiante ha sido probada para la tuberculosis de la piel?  Sí, Año \_\_\_\_\_  No

El estudiante alguna vez ha tenido una radiografía del pecho?  Sí, Año \_\_\_\_\_  No

3. ¿ Cuando fue la última visita al dentista del estudiante? Fecha: \_\_\_\_\_  
(Recomendable visitar dos veces al año)

4. ¿ El estudiante ha tenido sus ojos examinados? Fecha: \_\_\_\_\_

---

5. Por favor de una lista de cualquier alergia o reacciones (es decir, alimentos, picaduras de insectos, o medicamentos, etc.):

6. Por favor de una lista de todas las medicaciones está tomando el estudiante:

---

7. Lista de otros artículos útiles para el programa escolar en la planificación de salud del estudiante: