



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COMPTON

Formulario de matriculación

Favor de completar este formulario de matriculación  
marcar  o escribir "N/A (no aplica) donde es apropiado.

## Encuesta de Salud

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Sufijo (Sr./Jr./#) Nombre 2do Nombre

Género: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
M/F/X mes día año

HMO

HMS

Otro

Nombre del médico o de la clínica: \_\_\_\_\_

Número de teléfono y extensión del médico o clínica: \_\_\_\_\_

Condición de salud crónica (Describa por favor): \_\_\_\_\_

Medicamentos (Lista de todos los medicamentos): \_\_\_\_\_

**Condiciones de salud** ¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes condiciones? Marcar  todas las que aplican.

Condiciones visuales	Condiciones musculares	Mononucleosis
Condiciones auditivas	Varicela	Paperas
*Alergias (ver abajo)	Diabetes	Fiebre reumática
**Asma (ver abajo)	Resfriados frecuentes	Impedimentos del habla
Defecto congénito	Infecciones del oído	Tos ferina
Condiciones óseas (huesos)	***Condiciones cardíacas (ver abajo)	Convulsiones
Males de las coyunturas	Hepatitis	****Otro (ver abajo)

\*Alergias (por favor, háganos saber sus alergias.): \_\_\_\_\_

\*\*Asma (¿Cuándo fue el último ataque de asma?): \_\_\_\_\_

\*\*\*¿La condición cardíaca afecta la actividad físicas?                      Sí                      No

\*\*\*\*Si usted marcó  "Otro," por favor describa aquí: \_\_\_\_\_