

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
División de Servicios de Salubridad para Estudiantes
TARJETA DE SALUD PROVISIONAL

Fecha _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Grado _____ Salón _____ M _____ F _____
 Fecha de Nacimiento _____ ¿En dónde Nació? _____
 Mes _____ Día _____ Año _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____

Dirección _____ Teléfono Casa: _____ Teléfono Emergencia: _____
 Ciudad _____ Zona Postal (Zip) _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Parentesco _____
 Última escuela a la que asistió _____ Ciudad/Estado _____

¿Alguna vez ha asistido el estudiante a una escuela del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles o Centro de Niños? Si _____ No _____

Si la contestación es sí, ¿a cuál? _____ Fecha en la que asistió _____

PROGRAMA	
PERIODO	SALÓN

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

1. Piensa que necesita ayuda especial para:

Hablar
 Escuchar
 Ver
 Educación Física
 Otras Problemas de Salud

SI	NO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Comentarios _____

No escriba en este espacio

Ht. _____ Wt. _____ VA _____ c gl _____

Inmunización Adecuada: Si _____ NO _____

Inmunización No Adecuada: Necesita _____

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Student Health Services Division
TEMPORARY HEALTH CARD

Date _____

LAST NAME _____ FIRST NAME _____ MIDDLE NAME _____ GRADE _____ HOME _____ M _____ F _____
LEVEL ROOM CIRCLE ONE

Birth Date _____ Where were you born? _____
MONTH DAY YEAR CITY STATE COUNTRY

Address _____ Home Phone: _____ Emergency Phone: _____
city

Name of Parent/Guardian _____ Relationship _____

School Last Attended _____ City/State _____

Has the student ever attended a L.A. Unified School District School or Children's Center? Yes _____ No _____

If so, which one? _____ Date Attended _____

PROGRAM
PERIOD ROOM

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

1. Do you feel you need special help for

Yes No

Speech
Hearing
Vision
Physical Education
Other Health Problems.....

2. Comments _____

Do not write in this space

Ht. _____ Wt. _____ VA _____ c gl _____

Immunization Adequate Yes _____ No _____

Immunization Inadequate Needs _____