

Departamento de Aprendizaje y Atención Temprana del SCUSD  
Evaluación del Riesgo de Hemoglobina

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Centro Preescolar: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_

Por favor revise y conteste las siguientes preguntas sobre la salud de su hijo(a)/historial médico. Estas son preguntas de detección para ayudar a determinar si su hijo puede estar en riesgo de anemia.