

Grado _____ # de Alumno _____ Masculino Femenino
 Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

- Alergia – Tipo _____ ¿Cómo tratar? _____
- Asma – ¿Leve/severo/inducido por ejercicio? Frecuencia _____
- ¿Toma medicamento o inhalador? _____
- Diabetes – Tipo _____ ¿Medicamento? _____
- Enfermedad cardíaca – Describa _____ ¿Medicamento? _____
- Epilepsia – fecha de último ataque _____ ¿Medicamento? _____
- Impedimento de lenguaje Problema auditivo ¿Usa aparatos auditivos ?
I / D _____
- Problema de la vista Usa anteojos/ pupilentes
- ¿Equipos de asistencia? – Tipo _____
- Fecha de exámen médico más reciente: _____
- Fecha de exámen dental más reciente: _____
- Otras enfermedades _____

Accidentes graves/ Operaciones/ Fecha: _____

¿Tiene el alumno algún problema de salud? (explique)

¿Esta el estudiante tomando algun medicamento? Sí No

¿Cuál? _____

¿Razón por la que toma el medicamento?

¿Es necesario que el estudiante tome el medicamento (recetado o del mostrador) durante las horas de clases? Sí No Si la respuesta es sí, favor de ver a la enfermera para más información y llenar un formulario de autorización.

Favor de describir en detalle cualquier enfermedad o condición médica que afecta la participación del alumno en el programa educativo incluyendo educación física. Si el alumno no puede participar en la clase de educación física por tres (3) días o más, se requiere verificación médica por escrito.

En caso de emergencia, si no podemos comunicarnos con usted, llamaremos al 911. Su estudiante podrá ser transportado al hospital por ambulancia.

Entiendo que el solicitante (distrito de la escuela) protegerá esta información según lo prescrito por la ley de derecho educativo y de privacidad de la familia (FERPA por sus siglas en inglés) y que la información se convierte en parte del expediente educativo provisional obligatorio del estudiante. La información será compartida con los individuos que trabajan en o con el distrito escolar con el propósito de proporcionar un ámbito educativo seguro, apropiado, menos restrictivo y programas y servicios de salud.

Padre del alumno o Tutor

Fecha

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.