

Grado_____

TARJETA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Maestro_____

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Genero M F Edad _____

Teléfono del hogar _____ Dirección _____ Ciudad _____

Correo electrónico_____

Hermano/Grado _____ Hermano/Grado _____ # Móvil Mama _____

Estudiante vive con: Padres/Madre/Padre/Tutor legal (por favor circule y prevea el nombre completo) # Móvil Papa _____

Nombre _____ #Trabajo _____ Nombre _____ #Trabajo _____

Por favor marque si su niño tiene alguna de las siguientes condiciones:

Alergias: Comida/Polen requiere tratamiento___ Alérgico a picada de abeja requiere tratamiento___ Diabetes Tipo I___ Tipo II___ Migrañas___Asma requiere tratamiento___ Trastorno del oído requiere modificaciones___ Restricciones por trastorno del corazón ___ ADHD/ADD___ Problema ortopédico___ Lentes___ Siempre/cuando lee Cirugía mayor_____ Trastorno de convulsiones_____

Explicación por cualquiera de las condiciones aquí mencionadas u otras condiciones _____

Medico del estudiante _____ Telefono _____ Dentista _____ Telefono _____

¿Usa su niño algún medicamento? Sí/ No. Si su niño utiliza medicamentos por favor especifique:

Si no nos podemos comunicar con el padre/ tutor, y su niño esta enfermo o ha tenido una emergencia, ¿a quien podemos llamar? (Puede poner más nombres en la parte de atrás de esta pagina)

1. _____ Teléfono _____ Relación _____

2. _____ Teléfono _____ Relación _____

_____ Por favor marque si usted no desea que su niño reciba una transfusión de sangre o reciba productos derivados de la sangre en caso de una emergencia.

- Damos nuestra autorización para que esta información confidencial sea compartida con el personal de escuela que la necesite cuando sea necesario.
- Es la responsabilidad de los padres notificar a la escuela si el estudiante empieza a utilizar medicamentos o llega haber un cambio en la condición física del estudiante, que pueda limitar su habilidad de participar en el programa cotidiano de educación física.
- Si su niño llega a necesitar atención médica de inmediato, y no nos podemos comunicar con los padres o con las personas designadas por los padres, un empleado del distrito tiene la autorización de llamar al 911 sin costo alguno al distrito.

Yo, el padre/ tutor legal doy mi consentimiento para que así se cumpla.

Firma del Padre/ Tutor legal _____ Fecha _____

(Se requiere)