

FICHA DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A

Año escolar: _____

CONDICIÓN MÉDICA: _____

(Este forma estará disponible para los/las maestros/as y para el personal apropiado de la escuela)

Nombre del/la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Alergias: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Pasajero del autobús: SI NO Autobús #: AM: _____ PM: _____ No usa transporte

Nombre(s) del representante(s): _____

Dirección/Código Postal: _____

Llamar representante 1: – Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Llamar representante 2: – Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Persona de contacto alterna en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELEFONO: _____

HOSPITAL DE PREFERENCIA: _____

HISTORIA DE LA CONDICIÓN MÉDICA - Incluir fecha de inicio y lo acontecido más recientemente: _____

* MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS EN LA ESCUELA: _____

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

Firma del/la representante: _____ FECHA: ____/____/____

**Debe completar los Formularios de Consentimiento de Medicamentos antes de traer cualquier medicamento recetado a la escuela para ser administrado. Los formularios están disponibles en la escuela.*

REVISADO POR: _____ **RN FECHA:** ____/____/____