

Información de salud del estudiante

Nombre legal del estudiante _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Fecha de nacimiento _____ ID de estudiante _____
Día Mes Año

Por instrucción del director, o basándose en su propio criterio, el enfermero de la escuela se comunicará con los padres para obtener información a fin de proporcionar la asistencia médica escolar necesaria para el niño mientras se encuentre en la escuela.

Complete el formulario de dirección de los padres del estudiante, el formulario de dirección del tutor del estudiante y el formulario de dirección de contacto de emergencia según sea necesario para actualizar la información actual.

- ¿Quién es el médico y cuál es la clínica del niño? _____
Nombre Teléfono
 - ¿Quién es el dentista y cuál es la clínica del niño? _____
Nombre Teléfono
 - ¿Está el alumno bajo medicamentos o tratamiento de forma prolongada? _____
Sí No
 - Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", especifique el medicamento o el tratamiento _____

 - Enumere las ALERGIAS (a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos u otras) que su hijo pueda tener _____

 - ¿Recibió su hijo alguna vacuna en el último año? _____
Sí No
 - ¿Compró el estudiante el seguro de la escuela? _____
Sí No
 - Si la respuesta a la pregunta 7 es "sí", por favor especifique de qué tipo: _____
Regular 24 Horas Atletismo
 - ¿Está el estudiante cubierto por el plan de seguro médico de sus padres o tutor? _____
Sí No
 - Compañía Número de póliza
¿Está el estudiante cubierto por el beneficio militar de sus padres o tutor? _____
Sí No
- Número de identificación militar del padre, de la madre o del estudiante _____

Información de los padres:

Comprendo que es mi responsabilidad mantener informadas a las autoridades escolares sobre a quién contactar en caso de que mi hijo se enferme o se lesione en la escuela. Comprendo que si yo (padre/madre o tutor legal) no puedo ser localizado en una emergencia grave, mi hijo será llevado a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Firma del padre/madre/tutor _____
Día Mes Año