

Información de salud del estudiante *(Requerido anualmente)*

Para asegurar la salud y seguridad de su hijo, la información en este formulario se compartirá con el personal del distrito escolar o el personal de emergencias en función de su necesidad de conocer y / o apoyar el bienestar de su hijo.

Nombre del estudiante: _____ Año de nacimiento: _____ Grado: _____

Médico/Clínica: _____ No. de Teléfono: _____

Dentista: _____ No. de Teléfono: _____

Hospital de Preferencia: _____ Año Escolar: _____

Preocupaciones de salud	Sí No		Medicamento (Nombre, dosis)	Seguimiento necesario en la escuela	Comentarios o descripciones
	Sí	No			
Asma/Respiratorio					
Alergias graves <i>Comida o Latex o Insectos</i>					
Diabetes					
Lesión en la cabeza					
Convulsiones o Neurológicos					
Corazón o sanguíneo					
Músculos o Huesos o Articulación o Piel					
Vejiga o Riñón					
Estómago o intestino					
Problemas de inmunidad					
Emocional o Comportamiento					
Problemas de oído <i>audífono o cercanía</i>					
Problemas de la vista <i>Lentes o Contactos</i>					
Problemas de Crecimiento o Nutrición					
Preocupación por su desarrollo					
Otras preocupaciones					

Si su hijo se enferma o se lesiona, la escuela intentará llamar al padre / tutor en el hogar o en el trabajo. Si no puede ser localizado, la escuela intentará llamar al contacto de emergencia. En caso de accidente / lesión / enfermedad grave, se llamará al 911 si es necesario.

Firma: _____ Fecha: _____