DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE CLEVELAND
INFORMACION DE SALUD DE ESTUDIANTES

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

DIRECCIÓN: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN: _____

PADRE/ GUARDIAN: _____
NUMERO TELEFONÍCO CELLULAR

FAVOR DE ANOTAR CUALQUIER CONDICIÓN MEDICA QUE TENGA SU HIJO(A): (INCLUYA ALLERGIAS A COMIDAS)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

FAVOR DE ANOTAR MEDICAMENTOS QUE SU HIJO(A) TOME DIARIAMENTE: _____
_____
_____
_____

DOCTOR DEL ESTUDIANTE: _____
NOMBRE TELEFONO

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____
PADRE AL FIRMAR ESTA FORMA, USTED NOS DA PERMISO DE PONER LA INFORMACION MEDICA DEL NIÑO EN TxEis

FECHA: _____