

COVINGTON INDEPENDENT PUBLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICES' MEDICAL INFORMATION FORM
Información Médica

Con el fin de asegurar el mejor cuidado para su niño, proporcione la siguiente información.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre o Guardián: _____ Número de Tel: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de Tel: _____

Nombre del Doctor: _____ Número de Tel: _____

Su niño tiene alguna alergia? SI NO Que tipos: _____
Cuál es la Reacción que le da:

Por favor describa alguna condición médica: _____

Por favor nombre todos los medicamentos que su hijo toma cada día o de manera regular: _____

Este niño estará tomando algún medicamento durante el tiempo que está en la escuela?
Si es así, por favor escriba el nombre de la medicina (s) que estará tomando: _____

Su niño tiene una condición de salud que requiere de algún cuidado especial? _____

El médico ha proporcionado por escrito que su niño necesita instalaciones especiales en la escuela?
 SÍ NO si la respuesta es sí, proporcione por favor una copia a la escuela.

Esta información se dará a conocer al siguiente personal de la escuela conforme sea necesario.

* Conductor de Autobús(s) * profesor de aula(s) * Consejero * Principal * Dean /Asst. Principal
* Discurso/OT/PT/psicólogo de la Escuela * Centro de Recursos Familiar /Centro Servicio Juvenil

Por favor indique si no desea compartir esta información con el personal de la escuela.

Por la presente autorizo que se comuniquen de cualquier información necesaria para y desde los mencionados médicos y contactos de emergencia.

Yo doy permiso para que mi hijo nombrado arriba pueda ser llevado por el personal de la escuela o ambulancia para tratamiento en caso de accidente o enfermedad repentina cuando yo, o el contacto de emergencia mencionados no pueden ser localizados.

Firma Padre o Guardián: _____ Date: _____