



Formulario de Actualización Médica

Por favor complete y regrese este formulario **SOLO** si la información debajo le aplica a su hijo.
(Por favor escriba en imprenta toda la información)

Nombre del Estudiante _____

Grado _____ Año Escolar _____

Coloque cualquier condición médica o impedimento de salud:

Coloque todos los medicamentos y/o procedimientos que necesitan ser administrados durante el día escolar. Se requerirá formulario de medicamentos para cada medicamento o medicina administrada para medicinas PRESCRITAS por un doctor y también medicinas compradas en tiendas regulares (Walgreens o CVS por ejemplo). El estudiante será recibido durante el día escolar. Por favor ver el sitio web para todos los formularios médicos.

Coloque todos los medicamentos actuales y dosis administradas en casa.

Suficientemente proteger el bienestar de su hijo esta información sólo se compartirán con las personas que trabajan directamente con su hijo o personal escolar que son parte de la comunidad de aprender de su hijo.

Firma del padre o guardián _____

Fecha _____