

ACTUALIZANDO INFORMACION DE SALUD PARA LA ESCUELA

Estimado Padre/Guardian

Nos gustaria actualizar el registro de salud de su hijo/a. Si su hijo/a tiene un problema de salud muy serio es su reponsabilidad decirselo a la enfermera de la escuela en cuanto el ano escolar da comienzo. Ademas de hablar con la enfermera de la escuela por favor ayudenos llenando esta forma: (escribe "ninguno" si no aplica)

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Problems de salud en la actualidad _____

Problemas Cronicos de salud: _____

Medicamentos que esta tomando _____

Necesita su hijo/a tomar medicina cuando esta en la escuela? Cual? _____

Tiene alergia su nino a alguna medicina o alimento o otro substancias _____

Este estudiante tiene seguro medico o Medi-Cal? _____ Nombre del compania _____

Doctor que le atiende actualmente Nombre _____ Telefono _____

Fecha del ultimo examen fisico _____ Usa lentes? _____

Alguna otra cosa que la oficina de salud necesita saber? _____

Firma del Padre/tutor fecha telefono en el dia _____
celular _____

Otra persona que puede responder en una emergencia Nombre _____
Telefono _____

Por favor regrese esta forma a la escuela (aunque su nino no tenga problema de salud.

Gracias,

Enfermera de Escuela _____ telefono _____ dias _____

Pasadena Unified Schools-School Health Office

HEALTH UPDATE

Dear Parent or Guardian,

We would like to update your child's health record. If your child has a significant health problem it is your responsibility to speak to the school nurse regarding the health concern. In addition to speaking to the school nurse please help us by filling out the following: (Write "none" if not applicable)

School _____ Grade _____ Teacher _____

Child's name _____ Birthdate _____

Current Health Problems _____

Chronic Health Problems _____

Current Medications _____

Does your son/daughter need to take medicine at school? _____

Is your child allergic to any food or medicine? Please name _____

Is this student covered by Health Insurance/Medi-Cal? _____ Type _____

Current Health Care provider Name _____
Address _____
Phone _____

Date of last physical exam _____ Wears glasses? _____

Anything else you would like the health office to know? _____

Parent/Guardian Signature- _____ date _____ Daytime phone numbers _____
Cell phone _____

Alternate emergency contact (name and phone #) _____

Please return this form to the school (even if your child has no health problems.)

Thank you,
School Nurse- _____ phone _____ days _____