



Información del registro médico 2025-2026

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | |
|---|--|--|
| Sesión | Programa aceptado | Nivel/Grado |
| Apellido del estudiante (por favor imprima) | Nombre | |
| | Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ | Edad ____ Género <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> No binario |
| Teléfono de casa | | |
| Nombre de contacto de emergencia n.º 1 | Teléfono de contacto de emergencia n.º 1 | Relación con el estudiante |
| Nombre de contacto de emergencia n.º 2 | Teléfono de contacto de emergencia n.º 2 | Relación con el estudiante |

INFORMACIÓN DE SALUD

Como referencia en caso de una emergencia, declaro que tengo las condiciones verificadas de la siguiente manera:

Lentes/Contactos Sí No Trastorno convulsivo Sí No Se requieren medicamentos _____

Alergias: Sí No Epipen Sí No Medicamento _____ Insectos _____ Alimento _____

Asma: Sí No Se requiere medicación _____

Diabetes: Sí No Glucagón Sí No Cobertura de insulina _____ Restricciones dietéticas _____

Enumere cualquier condición médica o medicamento no mencionado anteriormente:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

Entiendo que la información relevante sobre la salud de mi hijo puede compartirse con el personal escolar apropiado y otros proveedores de atención médica según sea necesario. En caso de enfermedad o lesión grave, la escuela hará todo lo posible para comunicarse con los padres/ guardián. Si el padre/tutor no está disponible, el director de la escuela está autorizado a transportar a mi hijo a un centro médico para recibir tratamiento. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por la atención de emergencia y/o el transporte de dicho niño. Se otorga permiso al estudiante mencionado anteriormente para participar en trabajos de taller en vivo que pueden incluir exposición a equipos pesados de jardinería, cubiertos de cocina, equipos calientes, herramientas manuales y eléctricas y productos químicos.

___ Doy permiso para que la enfermera de la escuela administre una dosis apropiada para la edad y el peso de:

___ Acetaminofén (Tylenol) o ___ Ibuprofeno (Motrin/Advil)

___ **NO quiero** que mi hijo reciba acetaminofén (Tylenol) o ibuprofeno (Motrin/Advil) mientras esté en la escuela.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima)

Firma del Padre / Tutor