Distrito Escolar del Condado de Kenton

2026

Información médica para el Programa de Verano

FAVOR DEVOLVER A LA ESCUELA ANTES DE:

Nombre & apellido del estudiante:	Fecha de nacimiento:

Información médica y del doctor

Doctor del estudiante:	Teléfono:
Dentista del estudiante:	Teléfono:
Nombre de seguro de salud:	
Hospital preferido:	

Alergias

A la medicina:
A la comida:
Otras alergias:

Condiciones de la salud

Condiciones médicas		
¿Existe la necesidad de procedimientos médicos durante el día escolar?	☐ Sí	☐ No
Si contestó SÍ - ¿éste procedimiento tomó lugar durante el año escolar anterior?	☐ Sí	☐ No
Favor describir el procedimiento:		

Actividades diarias

¿El estudiante necesita ayuda en darse de comer? Si sí, favor explicar:	☐ Sí	☐ No
¿Este estudiante requiere cambios de pañal o ayuda en ir al baño?	☐ Sí	☐ No

Sólo guantes son suministrados por la escuela. Suministros adicionales deben ser proporcionados por la familia, incluso ¨wipes¨

Medicamentos

¿El estudiante tendrá que tomar medicamentos durante las horas del Programa?	☐ Sí	☐ No

Si contesta sí, favor alista los medicamentos que se tomarán durante el Programa.	Dosis	¿Se administró esta medicina antes?	
1.		☐ Sí	☐ No
2.		☐ Sí	☐ No
3.		☐ Sí	☐ No
4.		☐ Sí	☐ No

Firma de padre:	Fecha:
Firma de enfermera:	Fecha:

Sólo para Uso de la Oficina Central

Transportation	AM	PM	Routine Medication	Yes	No
			Emergency Medication	Yes	No
Medication Orders on File	Yes	No	Is driver medication trained?	Yes	No
Procedure Orders on File	Yes	No	Other:		

T&TH T,W,&TH M,T,W,&TH M,T,W,TH,&F