



Información del registro médico 2026-2027

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Sesión	Programa aceptado	Nivel/Grado
Apellido del estudiante (por favor imprima)	Nombre	
	Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____	Edad ____
Teléfono de casa		Género ☐ Macho ☐ femenino ☐ No binario
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