Nombre del estudiante _____ Grado _____

¿Hay alguna preocupación de salud, la enfermera de la escuela que debe ser consciente de?

¿El niño/niña está alérgico a cual quier cosa? En casi afirmativo, Por Favor indique el alergeno y tipo de reacción.

¿Su hijo/hija requiere una modificación de dieta especial? (EX. No leche, alérgico a mariscos?) En casi afirmativo, O sí, asegúrese de entregar un formulario de modificación de dieta completa con la firma del médico.

¿Su hijo/hija necesita tomar algún medicamento? (Incluyendo inhaladores) MIENTRAS QUE ESTE EN LA ESCUELA. POR FAVOR, COMPLETE LA FORMA DE PERMISO DE MEDICACIÓN

¿SI ES NECESARIO PUEDE LA ENFERMERA ESCOLAR O EL PERSONAL CAPACITADO DARLE LO SIGUIENTE A SU HIJO?HIJA?

	Si	No
Ibuprofeno (Motrin/Advil)		
Paracetamol (Tylenol)		
Tabletas antiocidas (Tums)		
Difenhidraminia (Benadryl)		
Crema De hidrocortisona		
Pastillas para la tos		

Firma _____ Fecha _____