

INFORMACION ANNUAL DE SALUD
2017-2018

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

PROBLEMAS DE SALUD (Por favor marque el/los que aplica(n) a su hijo/a)

- Ojos/Visión Oídos Asma Diabetes
- Problemas del Corazón Ataques Epiléptica
- Problemas de Orinar Problemas de defecación
- Alergias incluyendo comidas Medicina Recetada tomada en casa

POR FAVOR EXPLIQUE LOS PROBLEMAS DE SALUD:

La información de salud es confidencial y sera compartida únicamente con el personal apropiado de la escuela y de transporte y cuando sea necesario para mantener la salud y la seguridad del estudiante. Usted no tiene que compartir esta información, sin embargo una historia incompleta de a salud puede resultar en un plan incompleto de seguridad de salud. Por favor firme abajo para darle permiso al Distrito de compartir esta información que usted nos ha suministrado. Al firmar también le doy permiso al Distrito de recibir información acerca de vacunación (inmunización) del proveedor de salud.

De acuerdo a la política de la escuela, no se le suministrara ninguna medicina sin el consentimiento de los padres. Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela u otra persona designada para suministrar una no-aspirina (Tylenol) en la dosis apropiada.

_____ NO _____ YES

FIRMA DEL PADRE MADRE _____ FECHA _____

Por favor notifique a la enfermera de la escuela si usted desea hacer algun cambio de lo mencionada aqui.