

INFORMACION ANUAL DE SALUD 2015-2016

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

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

Ojos/vision Oidos Asma Diabetes Problemas del Corazón

Ataques Epileptic Problemas de las coyunturas Problemas de Orinar /Problemas de defecación ().

Alergias (incluyendo comidas) Medicina Recetada tomada en casa

POR FAVOR EXPLIQUE LOS PROBLEMAS DE SALUD :

La informacion 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 salud puede resultar en un plan incompleto de seguridad de salud. Por favor firme abajo para darle permiso al Distrito de compartir esta informacion que usted nos ha suministrado. Al firmar tambien le doy permiso al Distrito de recibir información acerca de vacunación (immunization) 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 en la dosis apropiada.

_____NO _____YES

Firma del Padre/Madre _____ Día _____

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