

# FICHA DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A

Año escolar: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN MÉDICA: \_\_\_\_\_

*(Este forma estará disponible para los/las maestros/as y para el personal apropiado de la escuela)*

Nombre del/la estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Pasajero del autobús:  SI  NO Autobús #: AM: \_\_\_\_\_ PM: \_\_\_\_\_ No usa transporte

Nombre(s) del representante(s): \_\_\_\_\_

Dirección/Código Postal: \_\_\_\_\_

Llamar representante 1: – Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Llamar representante 2: – Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Persona de contacto alterna en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE LA CONDICIÓN MÉDICA - Incluir fecha de inicio y lo acontecido más recientemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS EN LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMENTARIOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del/la representante: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*\*Debe completar los Formularios de Consentimiento de Medicamentos antes de traer cualquier medicamento recetado a la escuela para ser administrado. Los formularios están disponibles en la escuela.*

-----

**REVISADO POR:** \_\_\_\_\_ **RN FECHA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_