



Reviewed by: _____
Follow up: _____
Documents received: _____

Información médica del estudiante Año escolar 201__/201__

LA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA Y PRESENTADA **ANUALMENTE** AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA y DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ESCUELA

NOMBRE DELA ESCUELA: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado: _____ Salón: _____

Para asegurar la seguridad de su niño durante el día escolar, actividades extracurriculares, viajes de estudio y cuando es transportado por CPS, es importante que la escuela esté informada de cualquier condición de salud que pueda afectar al niño. Le pedimos que complete este formulario. Por razones de confidencialidad, esta información solamente será compartida con el personal relevante de CPS. Gracias por su cooperación en este importante asunto.

Por favor, señale abajo si es aplicable:

- Alergias alimenticias: (Tipo) _____
- Otras alergias: (Tipo) _____
- Asma
- Diabetes: Tipo 1 Tipo 2
- Convulsiones
- Otra condición médica _____
- Mi niño **NO** tiene alergias, o condición médica y no toma ninguna medicina durante las horas de escuela
- Mi niño tiene un proveedor médico primario (ej., médico, enfermero practicante, asistente médico, etc.)

Por cualquier condición médica identificada arriba que requiera una medicina de receta disponible y administrada a su niño durante las horas de escuela, por favor incluya verificación escrita de su proveedor de salud que incluya diagnóstico, tipo de medicación, dosis y horas en que debe recibirla. Usted puede solicitar un Plan de Acción de Emergencia (alergias, asma o diabetes) a su proveedor primario de salud. Su niño puede calificar para un **Plan 504** debido a su condición; asegúrese de hacer el seguimiento con la enfermería de su escuela y/o la persona encargada de casos una vez que haya presentado este formulario.

Nombre del padre (Letra imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____