Nombre del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Maestro/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gr.\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre de los padres/tutores:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto de emergencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del médico de familia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿El estudiante usa gafas o lentes de contacto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Tiene audífonos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes condiciones? Sí \_\_\_\_\_\_ (Marque en la casilla y complete todas las que correspondan.) No \_\_\_\_\_\_ (Si respondió no, vaya al final de la página, firme, ponga la fecha y devuelva a la escuela de su hijo/a.)

 Liste los medicamentos que el estudiante toma regularmente en casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Es necesario que se tomen medicamentos en la escuela? \_\_\_\_En caso afirmativo, ¿cuáles?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si los medicamentos deben tomarse durante el horario escolar, un formulario de autorización de medicamentos (disponible en la escuela) debe ser completado por el padre/madre Y el médico cada año escolar. Si las condiciones de salud de este estudiante o los medicamentos cambian durante el año escolar o si tiene preguntas o comentarios, por favor contacte a la escuela de su hijo/a. Entiendo que esta información se mantendrá en la escuela y se le dará una copia a la enfermera escolar. Otro personal escolar recibirá esta información según sea necesario. Autorizo a la enfermera escolar a hablar con el médico en caso de que surja alguna pregunta sobre la información de salud de este estudiante. Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_