

Escuela: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Woburn Public Schools
(Escuelas Públicas Woburn)
Estado de Salud Actual para Grados Pre-K-5

Estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono de la casa#: _____
Dirección: _____
Padres/Tutor #1: _____ Médico Principal: _____
Trabajo#: _____ Nombre: _____
Celular#: _____ Teléfono #: _____
Padres/Tutor #2: _____ Compañía de Seguros Médicos: _____
Trabajo#: _____
Celular#: _____
Contacto de Emergencia: Nombre y Teléfono # _____

¿Tiene su hijo algún problema de salud a largo plazo? Sí ___ No ___ Si es sí, por favor explique a continuación.

1. _____
2. _____
3. _____

¿Es su hijo alérgico a alguna comida o medicina? Sí ___ No ___ Si es sí, por favor explique a continuación.

1. _____
2. _____
3. _____

** ¿Es necesario una Epi-Pen? Sí ___ No ___

¿Su hijo toma algunos medicamentos, prescritos por un médico, a largo plazo? Sí ___ No ___
Si es sí, por favor menciónelos a continuación.

1. _____
2. _____
3. _____

¿Su hijo usa un inhalador para su asma? Sí ___ No ___

¿Su hijo usa gafas? Sí ___ No ___ ¿Lentes de Contacto? Sí ___ No ___ Tiempo completo _____ Medio tiempo _____

Autorizo a la enfermera escolar a compartir con el personal de la escuela (por ejemplo el profesor de clases) la información médica de mi hijo. Sé que tengo el poder de retirar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación escrita a la enfermera escolar. Me doy cuenta que esta información únicamente será compartida con el personal escolar necesario para mantener a mi hijo medicamente seguro mientras esté en la escuela.

Sí ___ No ___ Firma: _____ Fecha: _____

En caso de una emergencia médica, trataremos de notificarle, si es necesario, su hijo será transportado en una ambulancia a la sala de urgencias de un hospital.

SI LA SALUD DE SU HIJO CAMBIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR, POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ENFERMERA ESCOLAR EN EL BLOQUE DE SU HIJO.