

INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Nombre del médico o clínica: _____ Teléfono _____

Alerta de salud

¿Tiene el estudiante algún problema de salud que pueda afectar su participación en actividades físicas? Sí No
Limitaciones _____ (p. ej., subir escaleras, participar en educación física)

Alergias _____

¿Recibirá servicios de la Sección 504 este año? Sí No ¿Los recibió en años anteriores? Sí No

Mi hijo (marque con una "X" lo que corresponda): Tiene seguro médico privado Tiene Medicaid No tiene seguro médico
Si marcó "No tiene seguro médico", ¿está dispuesto a compartir la información de contacto de esta tarjeta para recibir información sobre opciones de seguro? Sí No

Si no es posible localizar a ninguna de las personas de la lista, ¿qué desea que la escuela haga si su hijo se enferma o se lastima?

Se entiende que si ocurre una emergencia, prevalecerá el criterio de las autoridades escolares.
Respetaremos las indicaciones del padre en la medida de lo posible.

HERMANOS

Apellido del hermano	Nombre del hermano	Escuela a la que asiste el hermano

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Todos los cambios en la información de esta tarjeta se comunicarán por escrito al director de la escuela

Firma del padre o tutor

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA / FOR SCHOOL USE ONLY

Esta sección la debe llenar el personal escolar

Grado _____ Clase _____ N.º de salón de clases _____ Maestro _____

Enumere abajo los contactos realizados en caso de emergencia, enfermedad o lesión. Información importante del historial médico

Fecha	Contacto	Motivo	Decisión