

EXPEDIENTE DE SALUD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ESCUELA _____
MAESTRA / GRADO _____ AÑO DE ESCOLAR _____
PADRE/GUARDIAN _____ TELEFONO _____
TRABAJO _____ CELULAR _____
MEDICO _____ TELEFONO _____

CONDICION DEL CORAZON

Sí

No

¿Si es así, debe ser limitado el ejercicio? _____

¿Su hijo/a toma medicamentos para esta condición? Sí No

¿En la casa?

¿En la escuela?

¿Cuál es el nombre de este medicamento(s)? _____

CONDICION ORTOPODICA

¿Si es así, la actividad debe ser limitada? _____

¿El estudiante toma medicamentos para esta condición? Sí No

¿Cual es el nombre del medicamento(s) _____

OTRA CONDICION DE SALUD

Si es así, describa brevemente _____

¿Que es lo que el personal de la escuela tiene que hacer, si es necesario? _____

ATENCION POR FAVOR: Si los medicamentos deben ser tomados en la escuela, una vez al año los padres y el doctor tendrán que llenar una forma de autorización para los medicamentos. Estas formas las puede obtener con la secretaria de la escuela. Si usted tiene más preguntas o preocupaciones, por favor, llame a la enfermera de la escuela.

LLENA LA PAGINA DE ATRAS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

PLAN DE EMERGENCIA

CONDICION MEDICA _____

TRATAMIENTO DURANTE LAS HORAS ESCOLARES _____

SEÑALES DE EMERGENCIA _____

MEDIDAS QUE DEBE TOMAR EL PERSONAL DE LA ESCUELA _____

INSTRUCCIONES ADICIONALES _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____ FECHA _____

ENFERMERA ESCOLAR _____ FECHA _____