

MATRICULA E INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Mi hijo(a) **NO TIENE** ninguna condición médica

ADD/ADHD ___ Toma Medicamentos

Alergias

Tiene Epi Pen

Picadura de abeja

Comida (indique) _____

Látex

Medicamentos (lista) _____

Otra Alergia _____

Asma

Inhalador en la escuela: ___ Oficina de la enfermera ___ Estudiante

Condición del Corazón (describa): _____

Diabetes (Proporcione a la enfermera de la escuela un plan a seguir del Doctor)

Convulsiones (describa) _____

Problema de Visión o Audición: ___ Lentes prescritos Ultimo examen de la vista _____

Otra Condición Medica: _____

MEDICAMENTO: Si su hijo(a) requiere medicamentos durante el horario escolar, por favor complete el *Formulario de Medicamentos Escolar* que está disponible en la oficina del la escuela o clínica. Medicamentos por prescripción requieren la autorización del médico.

Seguro Medico: ___ Privado ___ Medicaid/Badger Care ___ Sin cobertura

Mi firma da permiso a compartir esta información de salud con el personal de la escuela y el departamento de transporte del distrito que tienen que ver con mi hijo(a). Si en el juicio de las autoridades de la escuela, es necesaria la atención medica, yo doy permiso para que mi hijo(a) sea transportado(a) a la facilidad de emergencia más cercana por ambulancia, vehículo escolar, o vehículo particular. Estoy de acuerdo en tomar la responsabilidad y gastos incurridos en el cuidado de emergencia de mi hijo(a).

Firma de Padre/Guardián

Fecha