



Formulario Anual de Consentimiento Médico 2019-20

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Maestro (a) _____

Dirección _____

Nombre del padre o tutor _____

Número de teléfono durante el día _____

Persona alterna en caso de emergencia _____

Número de teléfono de la persona alterna _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Problemas médicos que debemos saber (Asma, alergias, ataques, corazón, diabetes, vista, oídos etc.)?

Explique _____

¿Tiene alergia (comida, látex, picadura de abejas, etc.)? No Si ¿El niño tiene un Epi-Pen? Si No

¿Toma el niño (a) medicina diariamente en CASA? _____

¿Toma el niño (a) medicina diariamente en LA ESCUELA? _____

****Cualquier estudiante que necesita tomar medicamento recetado en la escuela debe seguir el reglamento del distrito que requiere la firma del padre y del médico. Los formularios están disponibles en la enfermería de la escuela o en la página www.isd518.net. El formulario debe ser firmado antes de poder administrar el medicamento.**

¿Medicamento según sea necesario (Inhalador, Nebulizador, etc.)? _____

¿Tiene sus vacunas al día? No Si (verificar con la oficina de salud de la escuela)

Nombre del pediatra/clínica _____

La información de salud de su niño se mantiene completamente confidencial, se puede compartir con el personal de la escuela y conductor del autobús. Por medio de la presente doy mi permiso al personal del Distrito Escolar Independiente 518 de Worthington, MN de dar y solicitar al doctor, clínica, salud publica información de las vacunas atención médica inmediata para el niño (a) arriba mencionado. También otorgo mi permiso al médico de hospitalizar, asegurar de que reciba el tratamiento apropiado, ordenar inyecciones, anestesia o cirugía. Yo asumo todos lo gastos o de seguro médico por el tratamiento que se proporcione a mi hijo (a).

(Fecha)

(Firma del padre o tutor)

2/19jb

Office Use Only

IHP

ECP

504