

INFORMACIÓN DE LA SALUD

Para mejor satisfacer las necesidades de su estudiante, les pedimos por favor que provean la información de salud acerca de cualquier condición de salud significativa o continua que pueda tener su hijo(a). Tener por adelantado esa información referente a la salud de su hijo(a) le permitirá a nuestra Enfermera Escolar y a Nuestra empleada de la salud proveerles cualquier papelería necesaria que *pueda* ser necesaria.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac: _____

LA INFORMACION REFERENTE A SU HIJO(A) SERA COMPARTIDA CON EL/LA MAESTRO(A) DE SU HIJO(A) Y CUALQUIER OTRO MIEMBRO DEL PERSONAL QUE NECESITE TAMBIEN ESTAR INFORMADO. NO SE ADMIMISTRARA O DARA NINGUN MEDICAMENTO POR RTE DE LAS AUTORIDADES U OFICIALES DE LA ESCUELA SIN EL PERMISO ADECUADO HECHO POR ESCRITO POR EL DOCTOR AUTORIZADO REFERENTE A LA DOSIS, LA FRECUENCIA DE LA DOSIS, Y LA FIRMA DE LOS PADRES.

INFORMACION DE LA SALUD: Mencione cualquier condición de salud significativa o continua

Ejemplos: alergias severas / epi pen, asma, ADD/ADHD, defectos de nacimiento, diabetes, epilepsia, enfermedades del corazón, problemas de la visión o del oído, o cualquier otra condición relevante para la escuela o los deportes.

MEDICINAS – Tomadas por el Estudiante

EN LA ESCUELA _____

EN LA CASA _____

ALERGICO(A) A: _____

DESCRIBA LA REACCIÓN: _____

Usa lentes/anteojos o lentes de contacto? ☐ Si ☐ No Lentes/anteojos solamente paera leer? ☐ Si

La siguiente firma será applicable por cuanto continúe la matriculación en St. Vrain

Yo, el/la abajo firmante, por medio de la presente autorizo a las autoridades u oficiales del Distrito Escolar St. Vrain Valley para que se pongan en contacto directamente con mis contactos en caso de emergencia, y autorizo el tratamiento conforme sea necesario en caso de una emergencia, para la salud del niño(a) mencionado(a). En caso que mis doctores, mis contactos de emergencia, o los padres no puedan ser contactados, autorizo por medio de la presente a las autoridades u oficiales escolares para que tomen cualquier acción considerada necesaria a su criterio, por el bienestar y la salud del niño(a). No haré responsable al distrito de manera legal por el cuidado y la atención dada en caso de una emergencia. Si el personal escolar no puede ponerse en contacto con los padres o con mis contactos en caso de emergencia para proveer transportación a un niño(a) enfermo(a) o lesionado(a), dicho niño(a) será transportado al hospital, al consultorio del doctor, o a la casa por ambulancia, u otro medio de transportación disponible. Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar no será responsable legalmente de manera financiera por cualquier gasto de transportación. **TODOS LOS COSTO O GASTOS SERAN ENFRENTADOS O PAGADOS POR LOS PADRES.**

Firma del padre/madre/guardián

Fecha