



INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono de Casa _____

Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre de su Doctor: _____ Número Telefono de su Doctor: _____

Proveedor de Seguro Médico: _____

Número ID: _____ Número de Grupo: _____

HISTORIAL MÉDICO

Alergias (Marque todas las que correspondan y describa brevemente)

- Picaduras y mordeduras de insectos: _____
- Ambientales: _____
- Alimentos: _____
- Medicamento: _____

Historial Médico Pasado (Marque si el estudiante ha tenido anteriormente o tiene actualmente alguno de los siguientes y describa brevemente si es necesario)

Condición	Previa	Actual	Información Adicional
Astma			
Trastornos de la coagulación y el sangrado			
Diabetes			
Epilepsia			
Defecto/enfermedad cardíaca			
Hipertensión			
Otor:			

¿Su estudiante tiene alguna restricción de actividad física? Si No

Si respondió si, por favor explique _____



INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

¿Su estudiante tiene alguna restricción dietética? Si No
Si respondió si, por favor explique _____

Medicamentos

Medicamento	Dosis	Vía	Instrucciones

Otra información pertinente o inquietudes de salud: _____

Por la presente doy mi consentimiento al Distrito Escolar 509-J del Condado de Jefferson para que autorice cualquier tratamiento médico de emergencia por parte de un proveedor de atención médica autorizado en caso de enfermedad o lesión de mi estudiante durante el año escolar **2020-2021**. Además, doy mi consentimiento para que se comparta información médica entre proveedores médicos, el personal docente del Distrito Escolar 509-J del Condado de Jefferson y los acompañantes escolares solo según sea necesario para mantener la salud y la seguridad de mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor

Fecha