

Portland Public Schools

INFORMACION MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Marque uno: Varón

Hembra

Dirección _____ Zona Postal _____

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ No. De Seguro Social _____

(opcional)

Nombre del Padre/Guardián _____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____

(Celular) _____

Dirección _____ Zona Postal _____

Otro contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Dirección _____ Zona Postal _____

Doctor _____ Teléfono _____

Dirección _____ Zona Postal _____

Hospital Preferido _____ Teléfono _____

Cobertura de Seguro Médico Sí No

Nombre de la Compañía de Seguros _____

- ¿Tiene el estudiante algún problema médico? Sí No

Si, sí, por favor explique _____

- Si tiene algún problema, incluya una carta a la escuela de su doctor conteniendo instrucciones para los medicamentos y el protocolo médico.
- ¿Está este estudiante tomando cualquier medicamento? (Medicamentos incluyen las drogas que no requieren recetas, como aspirinas, etc.)
 Sí No
Si, sí, por favor especifique _____
- ¿Sufre alergias este estudiante con cualquier droga? Sí No
Si, sí, por favor especifique _____
- ¿Sufre alergias este estudiante de las picadas de los insectos? Sí No

Si sí, ¿tiene este estudiante un kit o botiquín de emergencia contra las picadas de los insectos? Sí

No

- ¿En qué fecha recibió este estudiante su última vacuna contra el tétanos? _____
- **Es la responsabilidad del padre/guardián de notificar a la escuela del estudiante de cualquier cambio en la información contenida en este formulario durante el curso del año escolar.**

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

5/12/06 Department of School Support