



Información médica del estudiante

Este formulario se debe actualizar y devolver a la escuela cada año escolar.

Por favor informe a su escuela sobre la salud y la atención médica de su hijo. Esta es una buena manera de mantener seguro a su hijo. La información es **CONFIDENCIAL** y será compartida sólo con el personal de CPS autorizado (la enfermera, el director, la persona designada o la secretaria).

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Número de identificación del estudiante _____

Nombre de la escuela _____

Grado _____

1. Por favor indique abajo el estado de salud de su hijo

Mi hijo no tiene condiciones de salud.

Mi hijo tiene condición(es) de salud. Por favor marque todo lo que aplique:

Alergias (alimentarias u otras) – por favor especifique: _____

Asma *Año diagnosticado:* _____

Diabetes – por favor circule el tipo: Tipo 1 Tipo 2 *Año diagnosticado:* _____

Convulsiones/Epilepsia *Año diagnosticado:* _____

Anemia de células falciformes *Año diagnosticado:* _____

Otro: _____ *Año diagnosticado:* _____

2. Mi hijo(a) tiene un médico de cabecera (primary doctor)

SÍ

NO

En caso afirmativo, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:

Nombre: _____ *Número de teléfono:* _____

Doy permiso a que la enfermera escolar de mi hijo o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi hijo.

3. Mi hijo está cubierto por un seguro médico

SÍ

NO

Si su hijo necesita seguro médico, llame a Healthy CPS al 773-553-KIDS (5437)

Este formulario **NO** es lo mismo que un “**Plan de atención**” (que contiene instrucciones detalladas de atención médica para proteger a su hijo). Si su hijo tiene una condición de salud que necesite atención médica en la escuela, por favor obtenga documentación médica de su médico y preséntela a la escuela, y haga una cita con su enfermera escolar. Rellene un formulario del plan de cuidado médico (Medical Plan of Care Form) en la página web: www.cps.edu/oshw (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su hijo tiene una condición médica, por favor haga una cita con la enfermera escolar.**

Nombre del padre (Con letra imprenta): _____ Fecha: _____ ^c

Firma del padre: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR

SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA CONDICIÓN DE SALUD, LOS PADRES DEBEN HACER UNA CITA CON LA ENFERMERA ESCOLAR

SOLO PARA LAS ENFERMERAS

Reviewed by:

Date and Initial _____