

Esta forma debe constar en todos los paquetes de inscripción y de actualización anual de inscripción

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre segundo nombre Mes/Día/Año

Escuela: _____ Grado: _____ # de Seguro Social: _____

Teléfono: () _____ () _____ () _____
Código Hogar Código Trabajo Código Celular

Nombre del médico/Clínica: _____ Teléfono: _____ No tiene médico

Plan de seguro para la salud: _____ No tiene plan de salud
(Si tiene Medi-Cal, Covered California u otro plan de salud, por favor escriba el nombre del plan de salud)

Mis hijos **no tienen un seguro médico** (ejemplo: Medi-Cal, Covered CA, seguro privado) y yo quisiera más información. Por favor divulgue mi nombre, domicilio, y número de teléfono a un trabajador autorizado de inscripción a seguro médico.

HISTORIAL DE SALUD: Indique problemas de salud que sabe que tiene (**proporcione fechas y detalles para todos los recuadros marcados en la sección de comentarios abajo**)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento/emocionales i.e. ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas de oídos, déficit de audición |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión, lentes |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Operaciones, fracturas, lesión en la cabeza, conmoción cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Otra información de salud |

Comentarios de historial de salud:

La ley estatal requiere que los padres informen a la escuela si el estudiante está recibiendo medicamentos con receta para un programa crónico de salud. (Código de Educación de California § 49480)

Medicamento: _____ Dosis: _____

Hay ocasiones en las que se puede administrar medicamentos de venta libre (OTC) a alumnos de 6 años o mayores.

Si usted desea que la enfermera de la escuela u otro personal calificado proporcione a su hijo/a ibuprofeno, acetaminofén, loción de calamina y/o antiácidos siguiendo el protocolo del distrito, por favor marque: Sí No

Firma de padre/madre/tutor o representante autorizado del estudiante menor de edad

Nombre de padre/madre/tutor (letra de molde)

Fecha

Esta autorización expira al final de cada año académico y debe renovarse anualmente.

POR FAVOR DEVUELVA MAÑANA