



## INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Nombre del médico o clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Alerta de salud

¿Tiene el estudiante algún problema de salud que pueda afectar su participación en actividades físicas?  Sí  No  
Limitaciones \_\_\_\_\_ (p. ej., subir escaleras, participar en educación física)

Alergias \_\_\_\_\_

¿Recibirá servicios de la Sección 504 este año?  Sí  No ¿Los recibió en años anteriores?  Sí  No

Mi hijo (marque con una "X" lo que corresponda):  Tiene seguro médico privado  Tiene Medicaid  No tiene seguro médico  
Si marcó "No tiene seguro médico", ¿está dispuesto a compartir la información de contacto de esta tarjeta para recibir información sobre opciones de seguro?  Sí  No

Si no es posible localizar a ninguna de las personas de la lista, ¿qué desea que la escuela haga si su hijo se enferma o se lastima?

Se entiende que si ocurre una emergencia, prevalecerá el criterio de las autoridades escolares.  
Respetaremos las indicaciones del padre en la medida de lo posible.

## HERMANOS

Apellido del hermano	Nombre del hermano	Escuela a la que asiste el hermano

## FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Todos los cambios en la información de esta tarjeta se comunicarán por escrito al director de la escuela

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

## PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA / FOR SCHOOL USE ONLY

Esta sección la debe llenar el personal escolar

Grado \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_ N.º de salón de clases \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Enumere abajo los contactos realizados en caso de emergencia, enfermedad o lesión. Información importante del historial médico

Fecha	Contacto	Motivo	Decisión