

ALERTA DE CONDICIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

AÑO ESCOLAR:

GRADO:

MAESTRO/A:

N.º DE AUTOBÚS:

DIRECCIÓN:

CONDICIÓN(ES) MÉDICA(S) Y/O ALERGIA(S):

1.)

2.)

3.)

4.)

SÍNTOMAS: (qué observar con respecto a su condición)

1.)

2.)

MEDICAMENTOS ACTUALES (tomados en casa o en la escuela):

1.)

2.)

3.)

4.)

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS: (si ocurre un problema con su condición)

1.)

2.)

Se REQUIERE un FORMULARIO DE PERMISO PARA MEDICAMENTOS separado y firmado por un padre/madre/tutor para todos los medicamentos administrados en la escuela.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

FECHA:

TELÉFONO CASA/CELULAR DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

LLAMAR 2.º - NOMBRE:

CELULAR:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO:

Al firmar este formulario, acepto permitir que esta información sea compartida con todo el personal escolar que pueda estar en contacto con mi hijo/a.

Solo para uso del personal: Escaneado al personal:

Ingresado en PowerSchool:

CML: