



Información Médica del Estudiante 2018 – 2019

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA Y PRESENTADA **ANUALMENTE** AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR

Comuníquese con su escuela sobre la salud y cuidado de salud de su hijo. Esto es una buena manera de mantener seguro a su hijo(a). La información es **confidencial** y será compartida sólo con personal de CPS que necesita saber (enfermera, Director o persona designada y Secretaria).

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ No. ID del Estudiante _____

Escuela _____ Grado _____

Responda a las preguntas a continuación circulando Sí/No.

1. Mi hijo(a) tiene un proveedor de atención médica primario.	SÍ	NO
---	----	----

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

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela de mi hijo(a) o persona designada hablar con el proveedor de salud sobre la salud de mi hijo.

2. Mi hijo(a) está cubierto por un seguro de salud.	SÍ	NO
---	----	----

En caso afirmativo, por favor círculo el tipo: Medicaid Privado Otro: _____

3. Mi hijo(a) tiene una condición de salud.	SÍ	NO
---	----	----

Por favor marque todo lo que aplique:

- Alergias (alimentos o otro) – por favor especifique: _____*
- Asma*
- Diabetes – por favor circule tipo: Tipo 1 Tipo 2*
- Convulsiones/Epilepsia*
- Otro: _____*

Este formulario **NO** es lo mismo que un "**Plan de Atención**" (atención médica detallada con instrucciones para proteger a su hijo(a)). Si su hijo(a) tiene una condición de salud que puede necesitar una acción en la escuela, por favor háganoslo saber que es lo mejor de hacer. Complete un "Plan de Cuidado Médico" en: www.cps.edu/oshw (o de la enfermera escolar) y regréselo a la escuela. **Si el problema es de alergias o asma, por favor llene el formulario de Plan de Acción para Asma o Plan de Sustitución de Alimentos en este Paquete.**

Nombre del Padre (Letra Imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____