

Parkview High School
FORMA DE INFORMACION MEDICA 2011-2012

Nombre del estudiante: _____ Esudiante #: _____

La fecha del nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección del Estudiante: _____
Calle *Ciudad* *Zip code*

INFORMACION DE LOS PADRES

INFORMACION DE LA MADRE		INFORMACION DEL PADRE	
Nombre		Nombre	
Numero de Tel. casa #		Numero de Tel. casa #	
Tel. Celular		Tel. Celular	
Tel. Trabajo		Tel. Trabajo	
Dirección electrónica		Dirección electronica	

HISTORIAL MEDICO/PROBLEMAS/ALLERGIAS: _____

MEDICAMENTO/ INSTRUCCIONES ESPECIALES: _____

*Una forma de la solicitud de una administracion de la medicacion debe estar menada y rentrego, con la medicacion para/y incluyendo medicacion que debe estar dado al estudiante. Este incluye medicina sin receta tambien.

En caso de NO PODER comunicarse con los padres /guardianes, para una emergencia o para recoger a su hijo, a quien se le puede contactar?		
Nombre del contacto	Relacion con el estudiante	Numero de Tel. del contacto

Por favor liste alguna restriccion para chequear a su hijo(a): _____

Si usted tiene algún documentot legal de custodia especificando visitas en particular, es su responsabilidad de proveer una copia para que la oficina coloque la información en el folder permanente de su hijo y en la computadora.

Este documento se requiere para la seguridad de nuestros estudiantes.

Si no tenemos estos documentos en el archivo, cada padre natural será tratado por igual.

Entiendo que en el caso que los padres-guardian no se encuentren disponibles, la escuela tiene mi permiso para tomar medidas de emergencia apropiadas incluyendo llamar al 911.

Firma del padre/Guardian

Fecha