



**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia o si el niño(a) está enfermo(a) y no podemos comunicarnos con los padres por teléfono,  
¿Con quién podríamos comunicarnos?

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
Seguro: Ninguna \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Texcare \_\_\_\_\_ CHIP \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Alergias a (comida, insectos, medicamentos etc.) \_\_\_\_\_ Tipo de reacción (fiebre, dificultad para respirar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico médico actual o discapacidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lesiones anteriores/ enfermedades/ hospitalizaciones/cirugías: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Medicamentos:	Propósito:	Dosis:	Horas en que se debe dar:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Existe cualquier otra información que nosotros necesitemos conocer sobre la salud de su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo a la enfermera escolar a comunicarse con los médicos mencionados arriba y otorgar información a los maestros apropiados, con relación a la condición médica de mi hijo(a). Entiendo que una copia de este formulario será enviada con el EMS en caso de una emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha