

**BIRDVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**

**INFORMACION DE SALUD**

Nombre: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico medico al momento o discapacidad: \_\_\_\_\_

Medicinas que toma regularmente o en ocasiones, dosis (aún si se la toma en la casa): \_\_\_\_\_

ALERGIAS (medicinas, comida, ambiente): \_\_\_\_\_

Procedimientos especiales o alguna otra información de salud necesaria que la enfermera de la escuela necesite saber: \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA:** NINGUNA MEDICAID TEXCARE CHIPS \_\_\_\_\_ OTRO

**DOCTOR:** \_\_\_\_\_ #TELEFONO \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que la enfermera escolar se comunice con el doctor mencionado anteriormente y para que también le provea información al personal escolar apropiado en cuanto a la condición medica de mi niño. Yo entiendo que una copia de esta forma será enviada a EMS en caso de emergencia.

**FIRMA DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

# TELEFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_ # TELEFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

# TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

BISD Form I A-15, 7/07

**BIRDVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**

**INFORMACION DE SALUD**

Nombre: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico medico al momento o discapacidad: \_\_\_\_\_

Medicinas que toma regularmente o en ocasiones, dosis (aún si se la toma en la casa): \_\_\_\_\_

ALERGIAS (medicinas, comida, ambiente): \_\_\_\_\_

Procedimientos especiales o alguna otra información de salud necesaria que la enfermera de la escuela necesite saber: \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA:** NINGUNA MEDICAID TEXCARE CHIPS \_\_\_\_\_ OTRO

**DOCTOR:** \_\_\_\_\_ #TELEFONO \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que la enfermera escolar se comunice con el doctor mencionado anteriormente y para que también le provea información al personal escolar apropiado en cuanto a la condición medica de mi niño. Yo entiendo que una copia de esta forma será enviada a EMS en caso de emergencia.

**FIRMA DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

# TELEFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_ # TELEFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

# TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

BISD SP Form I A-15, 7/07