

Pratt USD 382 - Forma Medica para Estudiantes

Debe ser llenada cada año por los padres/tutores

Estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Medico Familiar: _____ Telefono: _____

Dentista: _____ Telefono: _____

Alergias

___ Alergias a comida: _____ Requiere epinephrine con jeringilla inyectable? __ Si __ No

___ Alergias medioambientales: _____

___ Alergia a picadura de abeja _____ Requiere epinephrine con jeringilla inyectable? __ Si __ No

___ Alergia a medicamento: _____

Enfermedades - Ser Especifico

___ Diabetis ___ Desorden de trastorno convulsivo ___ Artritis ___ Condicion del

corazon ___ Trastorno hiperactivo de deficit de atencion ___ Lentes/Contactos ___

Problemas de la vejiga o intestinos ___ Asma (moderado, firme, severo; causas)

Problemas para oir - ¿Cual oido? _____ Audifonos - ¿Cual Oido? _____

Otras condiciones Medicas o de Salud: _____

Medicamento tomada en casa: _____

Medicamento tomada en la ESCUELA: _____

Permiso para el tratamiento

En caso de accidente o enfermedad, yo autorizo un representante de USD 382-Pratt, el derecho de dar permiso para el tratamiento medico de mi hijo(a). (Los padres seran notificados en caso de enfermedad grave o herida lo mas pronto posible. Con firmar esta oja el tratamiento sera dado de inmediato.)

Fecha _____

Firma de Padre/Tutor

Archivos de Vacunas del Estado de Kansas

Yo doy mi permiso para que la informacion contenido en el certificado de vacunas del estado de Kansas, sera pasado al programa de vacunas del estado de Kansas.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____