

Apellido Nombre Segundo Nombre Distrito de Residencia Fecha Pre-Reg.

Contacto de Salud y Emergencia

Información Personal del Estudiante					
Dirección Física			Ciudad		
Dirección Postal					
Numero de Teléfono		Sexo		Grado Actual	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			
Información Sobre Salud					
¿Tiene Plan Medico?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre de la Compañía	
Si no tiene seguro de salud, Massachusetts ofrece planes de seguro de salud que proporcionarán a los niños no asegurados atención médica asequible (varias restricciones aplican). Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para obtener más información acerca de estos programas. Toda comunicación es confidencial.					
Nombre del Doctor Primario			Teléfono		
Nombre del Dentista			Teléfono		
Hospital de Preferencia					
Enumerar todas las condiciones médicas que apliquen		<input type="checkbox"/> ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> Autismo / Asperger	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/> Migrañas
		<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2	<input type="checkbox"/> Trastorno
		<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Condición Cardíaca	<input type="checkbox"/> Convulsivo
Especifique todas las Alergias			¿Usa EpiPen?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Problemas Auditivos?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Problemas con la Visión?	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Describe		Describe			
(1) Padre / Tutor/Encargado					
Título y Nombre					
Dirección					
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico	
(2) Padre / Tutor/Encargado					
Título y Nombre					
Dirección					
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico	
Doy permiso a la enfermera de la escuela para que administre Acetaminophen / Ibuprofen a mi hijo.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante sobre la condición de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo e intercambiar información con el médico / consejero de mi hijo para referencia, diagnóstico y tratamiento.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Imprima su Nombre		Firma		Fecha	