

Este documento está sujeto al formato original, escrito en el idioma inglés.

Forma de Información para la salud HEALTH INFORMATION FORM

Nombre del Estudiante: _____
Número de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____
Teléfono: _____

Información de Padres de Familia

Nombre del Padre: _____ Teléfono (casa): _____
Dirección: _____ Teléfono (trabajo): _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono (casa): _____
Dirección: _____ Teléfono (trabajo): _____

Información del Seguro Médico

(Todos los residentes deben comprar el seguro médico de la escuela)

Compañía: _____ # Teléfono: _____
Nombre de la Póliza: _____ # Póliza: _____
Tipo de Cobertura: _____
Nombre del Doctor: _____ # Teléfono: _____
(favor de adjuntar una copia de la tarjeta del seguro— frente y revés)

Favor de enlistar cualquier alergia, problemas de salud o limitaciones físicas:

_____ asma _____ epilepsia _____ desmayos _____ diabetes
_____ problemas del corazón _____ reacciones alérgicas a alguna medicina _____

¿Su hijo está tomando alguna medicina? En dado caso, llene la Forma de Instrucciones para Medicamentos.

Favor de explicar más específicamente las alergias especificadas arriba:

A los residente se les permite utilizar medicamentos sin receta solamente con el permiso de los padres. Estos medicamentos se mantendrán en la oficina de los dormitorios y serna administrados por el personal. A continuación hay una lista de medicamentos. Por favor ponga sus iniciales en aquellos medicamentos que usted apruebe.

Firme del Padre: _____

Fecha: _____

Aprobación de Medicamentos sin Receta

Favor de poner sus iniciales en los medicamentos sin receta que usted apruebe para que su hijo/hija los tome en el caso de ser necesario:

_____ Tylenol

_____ Tylenol Cold

_____ Ibuprofen

_____ Sudafed

_____ Excedrin

_____ Nyquil

_____ Aspirin

_____ Robitussin (for coughs)

_____ Pepto Bismol

_____ Thera-flu

_____ Immodium AD

_____ Pamprin

_____ Maylox

_____ Alka-Seltzer

_____ Pepcid AC

Algún otro medicamento que usted apruebe que su hijo/hija tome:

Cualquier otro medicamento sin prescripción requerirá ser aprobado por el padre o tutor antes de que el residente lo tome.