



Mansfield Independent School District

Servicios de Salud Información Médica

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____

Padre o Tutor: _____ La relación con el estudiante: _____
Número de Teléfono: (1) _____ (2) _____ E-mail: _____
Padre o Tutor: _____ La relación con el estudiante: _____
Número de Teléfono: (1) _____ (2) _____ 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: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ Número de Teléfono: _____
Hospital de Preferencia: _____ Seguro de salud del estudiante: _____

Condiciones médicas:

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Disorden de Deficit Atencional | Fibrosis Cística | Migrañas |
| Alergias:Comida** | Diabetes | Desorden Muscular/Ortopédico |
| Alergias:Medicinas | Desorden de Comer | Desorden Psiquiátrico/Psicológico |
| Alergias:Otro | Epilepsia/Convulsiones | Necesidades Especiales |
| Asma | Condición de Audición | Problemas de Visión |
| Desorden de Sangre | Condición Cardíaca | Varicela |
| Parálisis Cerebral | Desorden de los Riñones | la fecha de la enfermedad: / / |

Explique condición mencionada arriba: _____

Lesiones anteriores/enfermedades/hospitalizaciones/cirugías: _____

**** El padre debe proporcionar a la oficina de Nutrición una nota del médico si tiene alguna consideración especial con respecto a comidas escolares.**

Note por favor todas las medicinas que su niño toma actualmente:

Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Dianóstico _____
Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Dianóstico _____
Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Dianóstico _____

Puede ser necesario que el personal de la escuela appliqué medicamentos de primeros auxilios como: crema anti-comezon, gel para dolor de dientes, o gotas para los ojos. _____ (Sí o No)

Autorizo a oficiales del distrito escolar de Mansfield a comunicarse con los medicos y contactos de emergencia mencionados arriba. Doy permiso a la enfermera, o personal entrenado a dar tratamiento necesario en caso de emergencia. Autorizo que información medica sea compartida con el personal apropiado. No hare responsable al distrito escolar de Mansfield por el tratamiento o traslado de mi niño(a) en caso de emergencia.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA