

**INFORMACION MÉDICA DE ESTUDIANTE**

**NOMBRE DE LA ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián Legal debe llenar esta sección.** Esta información será sólo entregada al doctor en caso de una emergencia y acompañará a la Maestra Coordinadora asignado a su programa.

Nombre del hijo/a \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Contacto de emergencia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Por favor marque cualquier de los siguientes que se aplique a su hijo/a**

Alergias (además de estacionales)

¿Su hijo/a un EpiPen? Si  No

*Describe en detalle las alergias de su hijo (qué desencadena sus alergias, nivel de gravedad, nivel de independencia del estudiante para controlar su asma, etc.). Puede adjuntar una hoja adicional si es necesario.*

---

---

---

---

Asma

¿Llevará su hijo un inhalador? Si  No

*Describe en detalle las alergias de su hijo (qué desencadena sus alergias, nivel de gravedad, nivel de independencia del estudiante para controlar su asma, etc.). Puede adjuntar una hoja adicional si es necesario.*

---

---

---

---

**Si su hijo necesitará asistencia especial o arreglos, por favor indique a continuación y use el espacio provisto para explicar el tipo de asistencia que necesita. Puede adjuntar una hoja adicional si es necesario.**

Necesidades Especiales Dietéticas: \_\_\_\_\_

Discapacidades Físicas: \_\_\_\_\_

Deficiencias Auditivas: \_\_\_\_\_

Impedimento Visual: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**¿Existe alguna otra razón por la cual el participante necesitaría asistencia, instalaciones o arreglos especiales? Si es así, por favor especifíquelo. Adjunte una hoja adicional si es necesario.**

---

---

---

---