

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

DISTRITO ESCOLAR DE AMPHITHEATER
CARTILLA DE INFORMACIÓN DE SALUD

PROFESOR MAESTRO(A)

M

Nombre legal del alumno Sexo F Grado Escuela

Domicilio

Dirección de correo (Si es diferente)

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
Mes Día Año Ciudad Estado País

¿Con quiénes reside el alumno?

Table with 5 columns: Nombre, Dirección (Si es diferente), Tel. del hogar, Tel. del empleo, Celular. Rows include Padre, Padrastro, Madre, Madrastra, Tutor legal.

Hermanos:

Nombre Edad Escuela Nombre Edad Escuela
Nombre Edad Escuela Nombre Edad Escuela
Nombre Edad Escuela Nombre Edad Escuela

¿Existe una restricción legal sobre derechos de custodia que debe saberse? Explique:

Idioma(s) que el alumno habla Idioma(s) que se habla(n) en el hogar

Revisado 01-18

(FAVOR DE COMPLETAR AL DORSO)

Stock Form #W9072s

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE AL ALUMNO:

- ADHD/ADD Alérgico/medicamentos Alérgico/alimentos Asma Defecto de nacimiento Trastorno sanguíneo Evacuación/Orina
Diabetes Lentes/Contactos Dolor de cabeza/Migraña Problema del oído Condición cardíaca Ortopédica Trastorno psiquiátrico
Convulsiones Otro (Explique todos los marcados)

Si el alumno toma medicamentos en la escuela, tiene que entregar otra forma de consentimiento firmado.

Mencione todos los medicamentos que el alumno toma en casa o en la escuela:

¿Tiene un problema físico o de salud que afecta su asistencia escolar o participación en Educación física?

¿Ha estado el alumno en un programa de Educación Especial? Explique:

SEGURO MÉDICO: Ninguno AHCCCS Kids Care Indian Health Services Otro plan médico

Doctor Teléfono Hospital de preferencia

En caso de que su hijo se lesione o enferme en la escuela y no se pueda comunicar con el padre/tutor, mencione un familiar o amigo con TELÉFONO LOCAL que se encargará del alumno. (Favor de notificar la oficina de salud de la escuela si hay cambios.)

Nombre Dirección Teléfono(s) Puede recoger

Nombre Dirección Teléfono(s) Puede recoger

Si se requiere acción o tratamiento médico y no se ha podido comunicar con el padre/tutor, yo autorizo por la presente que a mi hijo se le dé tratamiento médico de emergencia como sea necesario según decidan los oficiales escolares. Comprendo que cualquier gasto médico será pagado por el padre/tutor, o por seguros médicos provistos por el padre/tutor, y que cualquier gasto médico no es la responsabilidad de la escuela o del distrito escolar.

Firma del padre/tutor Fecha

(Esta firma verifica que todos los datos de esta forma son correctos)

En sus programas o actividades el Distrito Escolar Amphitheater no discrimina en base a raza, color, religión/creencias religiosas, género, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual, credo, estatus de ciudadanía, estado matrimonial, creencias/afiliación política, discapacidad, idioma del hogar, familia o antecedente social o cultural y provee igual acceso a los Niños Exploradores y otros grupos designados juveniles. Consultas referentes a las pólizas no discriminatorias del Distrito deben ser referidas a Anna Maiden, Director de Igual Oportunidad y Conformidad del Distrito, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5164 o, amaiden@amphi.com, o a Kristin McGraw, Director Ejecutivo de Servicios al Estudiante, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5230, o kmcgraw@amphi.com.