

Cook County
COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT NO. 21

999 West Dundee Road

Wheeling, Illinois 60090-3997

INFORMACION SOBRE LA SALUD

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: () _____ Edad: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre del maestro/a: _____

Escuela: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas que correspondan:

- 1. ¿Usa su hijo/a lentes? Sí No ¿Usa su hijo/a lentes de contacto? Sí No
- 2. ¿Tiene su hijo/a antecedentes de problemas de oído? Explique: _____

- 3. Marque cualquiera de las siguientes condiciones que correspondan a su hijo:
 - Asma
 - Diabetes
 - Migrañas
 - Reacción a picaduras de insectos
 - Trastorno de corazón
 - Trastorno por ataques epilépticos
 - Trastorno de estómago
 - Trastorno urinario
 - Trastorno por déficit de atención [A.D.D.]
 - Enumere las alergias: _____
 - Alergias amenazantes de vida Identifique el alérgeno: _____
 - Otro – favor de especificar: _____

- 4. ¿Necesitará su hijo/a tomar algún medicamento durante las horas en que está en la escuela? Explique: _____

- 5. ¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en casa en la actualidad? Explique: _____

Por la presente doy permiso al médico que atiende a mi hijo/a para que proceda a dar cualquier tratamiento médico, realizar la cirugía menor o las exploraciones por radiografía, y dar vacunas al estudiante indicado arriba. En caso de una emergencia que proviene de una enfermedad grave, la necesidad de cirugía mayor, o lesiones importantes por accidente, tengo entendido que el médico intentará comunicarse conmigo de la forma que sea más expeditiva posible. Si no le es posible a dicho médico comunicarse conmigo, puede dar el tratamiento necesario al estudiante indicado arriba en beneficio de él.

En casos de emergencia, trataremos de comunicarnos con uno de los padres en casa o en el trabajo. Si no podemos comunicarnos con ellos, intentaremos comunicarnos con la persona de contacto secundario indicado en esta hoja.

AUTORIZACIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA, PERMISO PARA RECOGER E INFORMACION (CUSTODIA)

Custodia legal limitada a:
 Ambos Padres Otra _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Escriba el orden de las personas de contacto (del 1 al 5):

Teléfono primario:	() _____	Teléfono de trabajo:	() _____
Nombre del padre 1:	_____	Celular:	() _____
Correo electrónico:	_____	Teléfono de trabajo:	() _____
Nombre de la madre 2:	_____	Celular:	() _____
Correo electrónico:	_____	Teléfono:	() _____
Otra persona:	_____	Teléfono:	() _____
Otra persona:	_____	Parentesco:	_____
		Parentesco:	_____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

En casos de emergencia o crisis en el edificio escolar, las siguientes personas quedan autorizadas para recoger al estudiante:

- 1) _____ Teléfono: _____
- 2) _____ Teléfono: _____
- 3) _____ Teléfono: _____

- 1. **Se requiere tarjeta de identidad con foto para recoger al estudiante.**
- 2. **No se aceptará en absoluto ninguna llamada por teléfono en la cual una persona que no esté en la lista de personas permitidas pide permiso para recoger al estudiante.**
- 3. **Si la persona que intenta recoger al estudiante no está en la lista de personas permitidas, no se le dejará al estudiante salir con aquélla.**
- 4. **El padre/tutor asume responsabilidad por todo cambio que se haga en este formulario y deberá notificar a la escuela al respecto.**

Firma del padre/Tutor

Fecha