

Corporación Escolar North White

Problemas intestinales
Año escolar: _____

Nombre del estudiante: _____	Calificación: _____
------------------------------	---------------------

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____	Teléfono#: _____
Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____	Teléfono#: _____
Contacto de emergencia: _____	Teléfono#: _____

Diagnóstico: _____

Síntomas: _____

Tratamiento actual: _____

¿Necesitará el estudiante tomar medicamentos en la escuela? ____Sí ____No En caso afirmativo,
nombre del medicamento y con qué frecuencia _____

¿Algún posible efecto secundario de los medicamentos que debemos conocer? ____Sí ____ No

*Si la respuesta es afirmativa, por favor enumere:

¿El estudiante requerirá adaptaciones? ____Sí No ****Se requiere una nota del proveedor de atención médica para todas las adaptaciones, incluidos los privilegios de baño abierto.**

Entiendo que es mi responsabilidad mantener esta información actualizada y proporcionar un formulario actualizado al menos una vez al año. Estoy de acuerdo en mantener un suministro adecuado de medicamentos en la escuela si es necesario. Doy permiso al personal de la escuela, que se ofrece como voluntario sin coacción y está capacitado por una enfermera registrada, para que participe en el cuidado de mi hijo en caso de que una enfermera de la escuela no esté presente. Doy permiso para que la enfermera de la escuela comparta esta información con otro personal de la escuela según sea necesario.

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta: _____

Tutor Firma: _____ Fecha: _____