



Formulario de información médica del estudiante 2023–2024



Este formulario se debe actualizar y devolver a la escuela cada año escolar.

Por favor escriba en letra de molde.

Por favor informe a su escuela sobre la salud y la atención médica de su estudiante. Esta es una buena manera de mantener seguro a su estudiante. La información es **CONFIDENCIAL** y será compartida sólo con el personal de CPS autorizado (la enfermera, el director, la persona designada o la secretaria).

| | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------|--|----------------|
| APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE | | NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE |
| SEXO (Escriba M/F/X/N) | FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE | NOMBRE DE LA ESCUELA | | |
| # DE ID DEL ESTUDIANTE | GRADO | # DE AULA | | |

1. ¿SABE SI SU ESTUDIANTE POSEE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD?

SÍ NO

Si su estudiante tiene una condición de salud, favor programar una cita con su personal de enfermería escolar.
POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

Alergias (alimentarias u otras)

Por favor especifique

Asma

Año diagnosticado _____

Convulsiones/Epilepsia

Año diagnosticado _____

Diabetes – por favor marque el tipo

Tipo 1

Tipo 2

Otro

Anemia de células falciformes

Año diagnosticado _____

Año diagnosticado _____

Otro _____ Año diagnosticado _____

2. MI ESTUDIANTE TIENE UN MÉDICO DE CABECERA (PRIMARY DOCTOR) SÍ NO

En caso afirmativo, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Doy permiso a que el personal de enfermería de la escuela de mi estudiante o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi estudiante.

Si su estudiante necesita seguro médico, llame a Healthy CPS al 773-553-KIDS (5437).

Este formulario **NO** es lo mismo que un “**Plan de atención**” (que contiene instrucciones detalladas de atención médica para proteger a su estudiante). Si su estudiante tiene una condición de salud que necesite atención médica en la escuela, por favor obtenga documentación médica de su médico y preséntela a la escuela, y haga una cita con el personal de enfermería de su escuela. Rellene un formulario del plan de cuidado médico (Medical Plan of Care Form) en la página web: www.cps.edu/oshw (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su estudiante tiene una condición médica, por favor haga una cita con el personal de enfermería escolar.**

Por favor devuelva el formulario al personal de enfermería escolar. Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con el personal de enfermería escolar.

Nombre del padre o tutor legal

Fecha

Número de teléfono

Firma del padre o tutor legal

Correo electrónico

Solo para las enfermeras

Revisado por (Iniciales)

Fecha

Revisado el 17 de Abril de 2023

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.