



SERVICIOS DEL OFICIO DE ENFERMERA
1002 Hastings St.
Delta, CO 81416
970-874-7607 Fax 970-874-9505

Nombre De Estudiantes: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Año escolar: _____ Escuela: _____

PROBLEMAS DE SALUD	SÍ	NO	MEDICACIÓN EN LA ESCUELA (NOMBRE Y DOSIS)	COMENTARIOS
Asma				
Alergias severas (especifique) <input type="checkbox"/> alimentos _____ <input type="checkbox"/> Látex _____ <input type="checkbox"/> insectos _____				
Diabetes				
Ataques de cerebral				
Trauma de cabeza				
Corazón/sangre				
Músculos/huesos empalmes/piel				
Vejiga/riñón				
Estómago/intestinos				
Problemas inmunes				
Preocupaciones el oír				
Preocupaciones de la visión			Lentes/Contactos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Crecimiento/alimenticias				
Preocupaciones de desarrollo				
<input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Del comportamiento <input type="checkbox"/> Preocupaciones Bullying				
ADD/ADHD				
Otras preocupaciones de la salud				

Reconozco que he recibido y entiendo la letra del oficio de enfermera y de los servicios médicos. Sí No

Restricciones de la actividad: _____

El equipo especial requirió: _____

Enfermedades, hospitalizaciones, accidentes y fechas (usa el otro lado si es necesario):

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

PERMISO PARA QUE NECESIDAD SEPA

Doy el permiso de entrar en contacto con los doctores médicos del estudiante enumerados arriba si está necesitado, con respecto a las preocupaciones de la salud enumeré. Por firmando mí convengo los términos enumerados sobre cuál estará continuamente en efecto por el año escolar a menos que sea terminada por el aviso escrito de me a la escuela en la cual alistan a mi estudiante.

Padre/guarda Signatura _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación conocida del estudiante: _____