

C.L.A.S.S. 2020 Formulario Médico

INFORMACION PERSONAL

Apellido del estudiante en letra de molde	Nombre del estudiante en letra de molde	Inicial
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Edad del Estudiante	Género (Circule uno)
Estatura del estudiante	Peso del estudiante (Lbs)	Masculino Femenino

REGISTRO DE VACUNAS

Si existe una objeción personal o religiosa que no le permita recibir las vacunas, debe firmar, explicando su objeción, pero debe certificar que se encuentra en perfecta salud.

Tengo motivos religiosos /personales pero estoy en perfecta salud. _____
Firma Fecha

¿Están tus vacunas al día? Si No Explicación: _____

MEDICAMENTOS/HISTORIAL MEDICO

Marque todas las que apliquen, añada otro papel de ser necesario.

ALERGIAS - NO MÉDICAS:

No se conocen alergias a medicamentos.
 Picadas de insectos/Abejas/avispa
 Hiedra venenosa y grama
 Nueces: Leve Moderado
 Severo
 Pescado/Mariscos Huevos
 Leche Otros :

CONDICIONES MÉDICAS

Astma
 Síndrome Asperger
 Autismo
 Lesión Espalda/Cuello
 Vejiga/Riñón
 Desorden sangrante
 Ceguera
 Cáncer
 Desórdenes
 Cardiacos/Hipertensión
 Diabetes
 Síndrome Down
 Enuresis (mojar la cama)
 Audición
 Trastornos del sistema inmune
 Problemas de la cadera/rodillas/tobillos
 Migrañas
 Nutrición
 Físicos/Muscular/Coordinación
 Convulsiones
 Síndrome Tourette
 OTRO _____

MEDICINAS:

TODAS LAS MEDICINAS DEBEN ESTAR EN EL **EMPAQUE ORIGINAL** CON EL NOMBRE EN EL RECIPIENTE.

POR FAVOR, NO TRAIGA VITAMINAS O MEDICINAS DE MOSTRADOR VITAMINS OR COMMON OVER THE COUNTER MEDICATIONS.

LISTA DE MEDICINAS: _____

ALERGIAS A MEDICINAS:

No se conocen alergias Alérgico a los siguientes medicamentos (Nombre y reacción): _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

En caso de emergencia, usted es completamente responsable de los gastos que se incurran en tratamientos. Incluya la información de seguros médicos o una copia de la tarjeta de seguro.

Marque aquí si no tiene Seguro médico. No

Nombre del plan	Dirección	Numero de ID# del titular	Nombre del titular
Numero de póliza grupal		Numero de teléfono del portador	

INFORMACION CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto (otro que los padres)	Teléfono de emergencia	Relación con el estudiante