

**DISTRITO ESCOLAR FLOSSMOOR 161**  
Información Médica Academia de Verano 2018

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en 2017-2018: \_\_\_\_\_

**Nombre del alumno:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor(es) con los que vive el alumno:**

Padre: \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono residencial/celular Teléfono Laboral

Madre: \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono residencial/celular Teléfono Laboral

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
Nombre Relación

**(Persona disponible para recoger a su hijo(a) de la escuela durante las horas de clase, en caso de enfermedad/emergencia, si no podemos comunicarnos con los padres/tutores).**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** Enumere las alergias que su hijo(a) padece y el tratamiento.

Alergia: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO:** Enumere todos los medicamentos recetados, sin receta y hierbales.

*Medicamentos recetados o sin receta, requieren nota médica.*

Nombre	Utilizado para tratar
1) _____	_____

2) _____	_____
----------	-------

3) _____	_____
----------	-------

**Medicamento Necesario para Academia de Verano:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cual(es) \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre** (*letra de molde*)      **Firma del padre/madre**      **Fecha**

*Esta información puede compartirse con el personal adecuado por razones médicas y/o educativas. Información también puede ser compartida con personal de emergencia.*