



Formulario de información médica del estudiante 2024 - 2025



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

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).

Por favor escriba en letra de molde.

| | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------|--|----------------|
| 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 | | | | Convulsiones/Epilepsia |
| Año diagnosticado _____ | | | | 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.

3. MI ESTUDIANTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO: SÍ NO

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 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 | |

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

Solo para las enfermeras Revisado por (Iniciales) _____ Fecha _____

Revisado Marzo de 2024