

[Tab to fields within lined areas]

Fecha \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE JANESVILLE  
Janesville, Wisconsin  
Forma de Información de Salud**

Nombre Estudiantil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Trabaja de Madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Trabaja del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Medicamentos:**

Por favor haga una lista de medicamentos que su hijo/a está tomando diariamente o cuando es necesario. Para las medicamentos que se toman diariamente, por favor indique la hora que son tomadas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si es necesario que su hijo/a reciba los medicamentos de parte del personal durante el día escolar, por favor llena completamente la forma de permiso del padre y la forma de permiso del doctor. Estas dos formas son disponibles en la oficina escolar de su hijo/a.**

**Condiciones de Salud:**

Por favor haga una lista de cualquier necesidad de salud que su hijo(a) tiene y que le podría afectar mientras está en la escuela.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Esta información es información nueva.
- Esta información se pondrá al día información que ya había sido anotada.

Nombre y Dirección del Doctor \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de Dentista \_\_\_\_\_

La información que usted provee en esta forma, estará comportada con el personal escolar que estarán atendiendo las necesidades de salud de su hijo(a). Gracias.