



Distrito Escolar de Medford 549C

Plan de Salud Individualizado - _____

Año Escolar _____

Escuela _____

Autobús/Camina _____

Estudiante _____ Id. Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado: _____
Nombre Apellido

Padre(s)/Tutore(s): _____ Teléfono _____

Padre(s)/Tutore(s): _____ Teléfono _____

Historial de Salud:

Medicación (es): _____

Alergias a medicación: _____

PREOCUPACIONES DE SALUD:

Síntomas	Plan/ Acción necesitada	¿Contactar a los Padres? Si/ No

Una forma firmada por el padre o tutor con información actualizada de la medicación administrada por el distrito debe de estar archivada en la oficina de la escuela para todas las medicaciones que serán administradas en la escuela.

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela, y otros miembros del personal debidamente capacitados y autorizados del Distrito Escolar de Medford 549C a realizar y llevar a cabo las tareas como están escritas en el Plan de Salud Individualizado de mi hijo/a. También doy mi consentimiento de la divulgación de información relacionada a la condición médica de mi hijo/a a los miembros del personal que tienen cuidado del custodio y aquellos que tengan que saber esta información para mantener la salud y el cuidado de mi hijo/a durante el día escolar. Si la condición médica mencionada ha cambiado yo le informare a la escuela de mi hijo o a la enfermera de la escuela. Este plan de salud estará vigente mientras mi estudiante atienda MSD.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Por favor devuelva esta forma completada a la oficina de la escuela de su hijo.