

**COVINGTON INDEPENDENT PUBLIC SCHOOLS**  
**HEALTH SERVICES MEDICAL INFORMATION FORM**  
Información Médica

Con el fin de asegurar el mejor cuidado para su niño, proporcione la siguiente información.

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

Su niño tiene alguna alergia?  SI  NO Que tipos: \_\_\_\_\_  
Cuál es la Reacción que le da: \_\_\_\_\_

Su niño tiene asma?  SI  NO Provocaciones: \_\_\_\_\_  
Medicación: \_\_\_\_\_

Tiene su niño antecedente de convulsiones?  SI  NO Que tipo: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_

Por favor describa alguna condición médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor nombre todos los medicamentos que su hijo toma cada día o de manera regular:  
\_\_\_\_\_

Este niño estará tomando algún medicamento durante el tiempo que está en la escuela?  SI  NO  
Si es así, por favor escriba el nombre de la medicina (s) que estará tomando:  
\_\_\_\_\_

Su niño tiene una condición de salud que requiere de algún cuidado especial?  SI  NO  
\_\_\_\_\_

El medico ha proporcionado por escrito que su niño necesita instalaciones especiales en la escuela?  
 SI  NO Si la respuesta es sí, proporcione por favor una copia a la escuela.

**Esta información se dará a conocer al siguiente personal de la escuela conforme sea necesario.**

- \* Conductor de Autobús(s) \* Profesor de aula(s) \* Consejero \* Principal \* Asst. Principal
  - \* Discurso/OT/PT/ Psicólogo de la escuela \* Centro de Recursos Familiar/ Centro Servicio Juvenil
- Por favor indique si no desea compartir esta información en el personal de la escuela.***

**Por la presente autorizo que se comunique de cualquier información necesaria para y desde los mencionados médicos y contactos de emergencia.**

**Yo doy permiso para que mi hijo nombrado arriba pueda ser llevado por el personal de la escuela o ambulancia para tratamiento en caso de accidente o enfermedad repentina cuando yo, o el contacto de emergencia mencionados no pueden ser localizados.**

Firma Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_