



Información Médica del Estudiante

Nombre _____ Tel. _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Código Postal _____

Nombres de padres o tutores _____
Dirección _____ Código Postal _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Otro _____
Otra persona que podamos contactar _____ Teléfono _____
Médico _____ Tel. _____
Dirección _____ Código Postal _____
Hospital _____ Tel. _____
Séguro médico Sí _____ No _____ Numero del grupo _____
Nombre de la Compañía _____

¿Tiene el estudiante algún problema médico en especial ? Sí _____ No _____
Si la respuesta es “si”, favor de explicarlo con más detalle _____

¿ Está tomando medicamento el estudiante? Si _____ No _____
Si la respuesta es “si”, favor de especificarlo _____

¿ Tiene el estudiante alergia a alguna medicina? Si _____ No _____
Si la respuesta es si, favor de especificarlo _____

¿Tiene el estudiante alergia a piquetes de insectos? Si _____ No _____
Si la respuesta es “si”, ¿tiene el estudiante un botiquín de insectos para emergencias? Si _____ No _____
¿Cuándo recibió el estudiante su última vacuna de tétano? _____

¿Tome el estudiante algún medicamento que requiere supervisión de adultos? Si _____ No _____
Si la respuesta es “si”, adjunte una carta que contenga instuccioness para administrar el medicamento.