



Tubo de alimentación: Tipo: _____

Pompa: Si No

Impedimento de movilidad: Silla de ruedas Andadera

Otro/Limitaciones: _____

Anote cualquier otra información de salud que quiera que la Enfermera Escolar tenga conocimiento: _____

Entiendo que para proveer el ambiente más seguro posible y el programa educativo más completo para mi hijo/a, la escuela necesita ser informada de cualquier condición médica o de salud que pueda afectar el día escolar de mi hijo/a o impactar su aprendizaje. Entiendo que los medicamentos de cualquier tipo (es decir, Tylenol, pastillas para la tos, gotas para los ojos, spray nasal) no están permitidos en la escuela sin una orden médica válida en el archivo. Entiendo que el personal de la escuela, incluyendo la enfermera de la escuela, NO PUEDE administrar o ayudar con cualquier medicamento sin la orden válida del médico en el archivo. Entiendo que para la seguridad de mi hijo/a, la Enfermera de la Escuela puede necesitar compartir información sobre la condición de salud de mi hijo/a con el personal apropiado de la escuela. Esto se hará de manera confidencial de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés). Si no deseo que se comparta la información, debo solicitarlo por escrito y enviar la solicitud a la Enfermera Escolar.

Firma: _____

Relación: _____

Fecha: _____