



HOWELL MOUNTAIN ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT  
Información de los Estudiantes y Quien Puede Recogerlos  
CONFIDENCIAL

**FAVOR DE ESCRIBIR CON PLUMA**

Nombre del estudiante:	Masculino/Femenino	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	Postal:
Dirección para correo:	Ciudad:	Postal:
Doctor Familiar:	Numero Telefónico del Doctor:	
Compañía de seguros:	Numero de Póliza de Seguro:	

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Padre/tutor:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

**OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA** (Solamente las personas apuntadas en esta sección podrán recoger a su niño. Usa otra hoja si necesita.)

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Numero telefónica:	Numero telefónica alternativa:

Firma del Padre/Tutor

Fecha:

**FIRMA AMBOS LADOS  
(voltea)**

Necesidades especiales:	Si	No	Frecuencia y/o severidad	Necesidades especiales:	Si	No	Frecuencia y/o severidad
Alergias				Debilitado del oído			
Asma				Hemorragia nasal			
Enuresis				Minusvalías			
Comportamiento				Caminar dormido			
Diabetes				Dolores de la panza			
Epilepsia				Vegetariano/Vegan			
Ingles es su segunda idioma				Debilitado de la vista			
Desmayos				Otro			
Dolores de Cabeza				Otro			

Favor de explicar las cosas marcadas arriba:

### MEDICAMENTOS:

Medicamentos incluyendo los sin receta solamente pueden estar dado por el miembro designado del personal de la escuela de su estudiante *si es que esta forma ha sido firmado por el doctor Y los padres o tutor*. Medicamento sin receta incluyen, pero no son limitado a: loción contra el sol, remedios para alergias como Benedryl, antisépticos y/o pomada de piel, remedios para bichos que pican, substitutos de aspirina, y remedios de hiedra venenosa. Medicamentos deben estar empacadas individualmente conforme el dosis y entregado directamente al personal de la escuela. La etiqueta debe incluir lo siguiente:

Nombre del Estudiante	Dosis de Medicamento
Doctor	Metido de Administración
Nombre de Medicamento	Horario para Administración

### COMUNICADO DEL DOCTOR SOBRE EL MEDICAMENTO REQUERIDO:

\_\_\_\_\_ debe tomar el siguiente medicamento como designado abajo:

Nombre del Estudiante

Medicamento	Dosis	Metido de Administración	Horario para Administración	Instrucciones Especiales y/o precauciones

- Favor de dar permiso a \_\_\_\_\_ a tener un inhalador con el/ella siempre. El/ella es competente a administrar su medicamento si mismo/a.
- Favor de dar permiso a \_\_\_\_\_ a tener un epi-pen con el/ella siempre. El/ella es competente a administrar su medicamento si mismo/a.

Nombre del Doctor:

Teléfono:

Firma:

Fecha:

Firma de Padre/Tutor

Fecha: