



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE EL PASO
Servicios de Salud

INSTRUCCIONES MEDICAS PARA LA ESCUELA

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono Escolar: _____ Número de Fax: _____

Nombre de Enfermera Escolar: _____

Doy realmente por este medio mi consentimiento para la liberación y el cambio de la información contaiend en el registro médico o profesional de mi niño.

Firma del Padre/Guarda

Diagnóstico Médico:

Medicación:

Este estudiante debería tomar la medicación siguiente mientras en la escuela

Medicación	Dosis	Manera	Cuando	Indicaciones
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Enfermedades Comunicable:

¿Es este estudiante ahora sin la enfermedad contagiosa y puede volver a la clase? Si _____ No _____

Firma del Médico: _____

Dirección: _____

Número de Telefono: _____ Número de Fax _____