

**WEST NOBLE SCHOOL CORPORATION**  
**FORMULARIO DE SALUD**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Num. Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Medico/ Doctor: \_\_\_\_\_ Num. Tel. :( ) \_\_\_\_\_

Estimado Padre,

La salud de su hijo/a es muy importante para nosotros. Sentimos que es muy importante tener en cada escuela informacion reciente sobre estudiantes con problemas serias de salud. Para esto, necesitamos saber lo siguiente:

<b><u>Mi hijo sufre de:</u></b>	<b><u>Breve Explicacion</u></b>
_____ Asthma	_____
_____ Diabetes	_____
_____ Alergias (Ambiente/ Comida)	_____
_____ Problemas cardiacos	_____
_____ Cancer/ Leucemia	_____
_____ Discapidades Fisicos	_____
_____ Perdida de Oido/ Impedimento Visual	_____
_____ ADD/ADHD	_____
_____ Otro	_____
<b><u>Lista de Medicamentos:</u></b>	<b><u>Nombre de Medicamento:</u></b>
En Casa	_____
Durente Escuela	_____
<b><u>Mi hijo/a ha tenido:</u></b>	<b><u>Edad de hijo/a:</u></b>
Varicela	_____
Roto hueso (s)	_____
cirugia (para que)	_____
<b><u>Informacion Adicional:</u></b>	
_____	
_____	

Para que mi hijo/a reciba la mayor atencion medica, doy mi permiso para que esta informacion sea vista por cualquier empleado necesario.

\_\_\_\_\_   
 Firma de Padre

\_\_\_\_\_   
 Fecha