

Mi hijo/a tiene seguro de salud: Sí No
Nombre del Seguro: _____
Miembro # _____

Student Address Label

No tiene problemas médicos

▶ **Mi hijo/a recibe cuidado médico por las condiciones médicas siguientes:**

Alergias/Alérgico(a) a: _____ Fecha de la última reacción alérgica: _____
Usa el medicamento Epinephrine (Encierre en un círculo su respuesta): Sí NO

Tipos de alergias: _____

Asma Diabetes ▶ ¿Utiliza insulina? (Encierre en un círculo su respuesta): Sí NO Ataques

▶ ¿Tiene su hijo/a algún problema médico serio? Por favor descríballo: _____

▶ ¿Está tomando algún medicamento su hijo/a? Anote los medicamentos y el horario cuando debe de tomarlos:

Medicamento / horario	Medicamento / horario	Medicamento / horario
▶ <u>Mis otros hijos que asisten a las escuelas del SFUSD son:</u>		
Nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si mi hijo/a necesita que se le lleve a un lugar de emergencia, que sea al más cercano. Doy mi permiso para que las autoridades escolares tomen las medidas apropiadas para la seguridad y el bienestar de mi hijo/a.

Firma del padre de familia o encargado

*****IMPORTANTE: Por favor complete la información médica al dorso de esta tarjeta *****