

## Actualización Anual de la Información de Salud del Estudiante

**Complete la siguiente información y devuelva este formulario a la escuela o enfermera en la escuela de su hijo.**

Le recomendamos completar y devolver este formulario lo antes posible para asegurarse de que la enfermera de la escuela tenga información de salud actualizada para su estudiante.

\_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante

\_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_

2º Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante

\_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela

\_\_\_\_\_

Grado del Estudiante

\_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Salud

\_\_\_\_\_

Teléfono del Proveedor de Salud

### **Nueva o actualizada condición de salud de amenaza de vida**

Por favor sea breve incluya solo condiciones que son de amenaza de vida. La enfermera escolar le contactara para los detalles.

**Para todos los demás cambios, como alergias, medicamentos o tratamientos, comuníquese directamente con la enfermera de la escuela.**

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena la forma (imprímalo)

\_\_\_\_\_

Fecha