



Office of Student Health and Wellness
 42 West Madison • Chicago, Illinois 60602
 Telephone: 773-553-3560 • Fax: 773-553-1883

Información Médica del Estudiante 2021 – 2022

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA Y PRESENTADA ANUALMENTE AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR

Comuníquese con su escuela sobre la salud y cuidado de salud de su hijo. Esto es una buena manera de mantener seguro a su hijo(a). La información es **confidencial** y será compartida sólo con personal de CPS que necesita saber (enfermera, Director o persona designada y Secretaria).

Nombre del Estudiante Blair	Fecha de Nacimiento	No. ID del Estudiante
Escuela		Grado

1. Indiqué el estado de salud de su hijo(a)

Mi hijo(a) no tiene condiciones de salud.

Mi hijo(a) tiene condición(es) de salud. Por favor marque todo lo que aplique:

- Alergias (alimentos o otro) – por favor especificar: _____
- Asma Año Diagnosticado: _____
- Diabetes – por favor circule tipo: Tipo 1 Tipo 2 Año Diagnosticado: _____
- Convulsiones/Epilepsia Año Diagnosticado: _____
- Célula falciforme Año Diagnosticado: _____
- Otro: _____ Año Diagnosticado: _____

2. Mi hijo(a) tiene un proveedor de atención médica primario.	SÍ	NO
---	----	----

En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre del médico y número de teléfono:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela de mi hijo(a) o persona designada hablar con el proveedor de salud sobre la salud de mi hijo.

3. Mi hijo(a) está cubierto por un seguro de salud.	SÍ	NO
---	----	----

Si su hijo(a) necesita seguro de salud, llame a Healthy CPS 773-553-KIDS (5437)

Este formulario **NO** es lo mismo que un "Plan de Atención" (atención médica detallada con instrucciones para proteger a su hijo(a)). Si su hijo(a) tiene una condición de salud que puede necesitar una acción en la escuela, por favor háganoslo saber que es lo mejor de hacer. Complete un "Plan de Cuidado Médico" en: www.cps.edu/oshw (o de la enfermera escolar) y regréselo a la escuela. **Si el problema es de alergias o asma, por favor llene el formulario de Plan de Acción para Asma o Plan de Sustitución de Alimentos en este Paquete.**

Nombre del Padre (Letra Imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

**POR FAVOR DEVUELVA LA FORMA A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.
 SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA CONDICIÓN DE SALUD, LOS PADRES DEBEN
 DE SER CITA CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.**

SOLO PARA ENFERMERA Reviewed by: Date and Initial _____
--