



HEALTH INFORMATION  
SPANISH

Local ID#

OEISD Campus

PK MILITARY

PLEASE PRINT

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

DEME UNA LISTA POR FAVOR DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SU HIJO/A AYAN TENIDO O LAS OPERACIONES: (ejemplos: asma, ataques, tubos, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UNA LISTA POR FAVOR DE EL MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO A DIARIO EN SU ENBASE: \_\_\_\_\_

DIGAME POR FAVOR SI EL ESTUDIANTE ES ALERGICO A AL GUNA COMIDA O MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

OTROS NIÑOS EN EL HOGAR (por favor una lista de Nombres y Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
Doy mi permiso a los empleados de ODEM-EDROY ISD para dar a mi niño(a) las siguientes medicinas verificadas durante las horas de clases si se necesita. Verifiqué por favor los artículos siguientes que su niño(a) puede utilizar. Si usted quiere que su niño(a) tenga acceso a cosas como Tylenol y Tums usted tiene que proporcionar la edad apropiada a la medicina en el paquete original.

- \_\_\_\_\_ Medicina para los ojos
- \_\_\_\_\_ Peppermint/sin azúcar peppermint
- \_\_\_\_\_ Petrolatum Blanco (labios con grietas)

- \_\_\_\_\_ Unscented loción de las manos
- \_\_\_\_\_ Medicina para picazón

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Celular

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_  
Algún Otro número de teléfono