

**Carrollton-Farmers Branch Independent School District**  
**Hoja de Información Estudiantil para Servicios de Salubridad**  
 (Deberá ser completada por un padre o tutor del/a estudiante)

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ M / F Grado/Maestro \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre completo  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Escuela ID \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_  
 Nombre de madre \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_  
 Nombre de padre \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_

En caso de no poder comunicarnos con uno de los padres, las siguientes personas tienen permiso de recoger a este/a estudiante de la escuela en caso de enfermedad o accidente: **(No podemos entregar al/a estudiante a nadie salvo a las personas aquí mencionadas.)**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD** (Se necesitará una carta del médico en algunos casos para modificar las clases.)

¿El / La estudiante...	Sí	No	¿El / La estudiante....	Sí	No
...tiene problemas de la vista?			...tiene problemas con la vejiga?		
...usa anteojos?			...tiene problemas con evacuación intestinal?		
...usa lentes de contacto?			...tiene problemas con el corazón?		
...tiene problemas del oído?			...sufre de ataques?		
...usa audífonos?			...tiene diabetes?		
...tiene asma?			...tiene alguna restricción física?		
...sufre de alergias?			...toma algún medicamento diariamente? (apunte el nombre abajo)		
...tiene alguna alergia que pueda causar que deje de respirar?			...necesitará tomar medicamentos durante el día escolar?		
...ha estado internado/a en el hospital a causa de su asma?			...ha sido internado en el hospital alguna vez?		
...sufre de depresión, ansiedad, o de problemas emocionales?			...ha sufrido algún accidente serio?		
...sufre de déficit de atención (ADD/ADHD)?			¿Hay algún otro problema?		

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es **SÍ**, sírvase explicar aquí:

Si habrá que tomar medicamento durante el día escolar, sírvase pasar con la enfermera a llenar el formulario.

Nombre de médico: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Todo medicamento se deberá guardar en la clínica de la escuela**  
**SIN PERMISO FAMILIAR, NO SE DARÁ MEDICAMENTO – NO HAY EXCEPCIONES**

En caso de emergencia, autorizo a la escuela a iniciar tratamiento médico de emergencia.

Autorización:

Doy permiso para que el médico de mi hijo/a reporte su diagnóstico a personal autorizado de C-FBISD.

Me comprometo a tener a la escuela al tanto de cualquier cambio en la información antes mencionada.

Doy permiso para que los datos del problema de salud de mi hijo/a se hagan saber al personal autorizado de C-FBISD.

\_\_\_\_\_  
 Firma de padre/ tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha