

SOLICITUD DE MEMBRESÍA 2020-2021 PARA EL PROGRAMA ESTUDIANTE SALUDABLE

Nombre del estudiante _____ Sexo ___ Grado ___ Fecha nacimiento _____
(Apellido, nombre, inicial)

Estudiante # _____ Dirección _____ Teléfono hogar _____

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del padre/madre/encargado legal	Lugar de trabajo	Teléfono trabajo
Persona alterna que puede ser llamada	Teléfono hogar	Teléfono celular

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Indique cualquier ALERGIA a medicamentos o alimentos _____

Indique cualquier CIRUGÍA/HOSPITALIZACIÓN que el estudiante haya tenido _____

Indique MEDICINAS que usa al presente _____

Indique PROBLEMAS DE SALUD/MÉDICOS del estudiante _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: (Marque todo lo que corresponda e indique cuál miembro de la familia tiene/ha tenido esa condición)

Presión sanguínea alta _____ Tuberculosis _____ Diabetes _____

Epilepsia _____ Célula *Sickle* _____ Cáncer _____

Problemas cardíacos _____ Asma _____ Artritis _____

Nombre del médico de familia _____ Teléfono _____

Nombre del dentista de familia _____ Teléfono _____

Fecha del último examen físico _____ Examen dental _____

DECLARACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Nosotros estamos de acuerdo en inscribir a _____ en el Programa Estudiante Saludable. Entendemos que el programa ofrece un rango limitado de servicios de CONSEJOS SOBRE LA SALUD, según sea necesario. También entendemos que estos servicios NO SUSTITUYEN los servicios de nuestro médico de familia. En caso de accidente o enfermedad grave, se seguirán las normas escolares que aparecen en la Tarjeta de Información de Emergencia de la escuela. De igual forma, entendemos que la información sobre el estudiante es confidencial, excepto en aquellas instancias donde los profesionales están obligados por ley a reportar cualquier abuso infantil, amenaza de muerte, riesgo de suicidio, o preocupaciones de salud pública.

Firma del padre/madre/encargado _____ Fecha _____