

INFORMACIÓN SOBRE SALUD / HEALTH INFORMATIONNombre del médico o clínica: _____ Teléfono () _____
Name of Physician/Clinic: _____ Telephone**Información importante sobre salud / Health Alert**

¿El niño sufre de alguna enfermedad que pueda afectar su participación en actividades físicas? Sí / Yes ___ No ___

Does child have any health condition that may affect participation in physical activities?

Limitaciones _____ (por ejemplo, subir escaleras, participar en la clase de gimnasia)
Limitations (e.g., stair climbing, participation in gym)**Alergias / Allergies**

¿Solicitó el servicio de atención de salud 504 durante el corriente año? Sí / Yes ___ No ___

504 services for the current year?

¿Durante el año pasado? Sí / Yes ___ No ___

Previous Year?

Mi hijo posee (colocar una X donde corresponda): Seguro de salud privado ___ Medicaid ___ Ningún seguro de salud ___

My child has (X any that apply)

Private health insurance

Medicaid

No health insurance

Si marcó "Ningún seguro de salud", ¿está dispuesto a divulgar la información de contacto detallada en la presente tarjeta con el fin de conocer la opciones de seguro disponibles? Sí / Yes ___ No ___
If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options?

En caso de que no podamos contactar a ninguna de las personas aquí indicadas, ¿qué desea que haga la escuela si su hijo estuviera enfermo o lesionado?

If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

Se entiende que a los fines de tomar la decisión final en un caso de emergencia prevalecerá el criterio de las autoridades de la escuela.

La recomendación del padre, según se indicó previamente, se respetará en la medida de lo posible.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

Hermanos / Siblings: Apellido / Last Name**Nombre / First Name****Escuela a la que asiste / School of Attendance**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FOR SCHOOL USE / PARA USO DE LA ESCUELA

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____