

DISTRITO ESCOLAR DE BETHLEHEM
REVISION DEL HISTORIAL DE SALUD/REVISION DE EMERGENCIA PERSONAL

NOMBRE DEL NIÑO(A) _____

GRADO _____ MAESTRO/A _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

CELL PHONE _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

EMAIL DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL PADRE _____

CELL PHONE _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

EMAIL DIRECCIÓN _____

PERSONAS A QUIEN PODEMOS LLAMAR SI NO PODEMOS COMMUNICARNOS CON LAS PADRES

1. _____ TELÉFONO _____

2. _____ TELÉFONO _____

TIENE USTED NINO(A) EN UN PROGRAMS DAYCARE SI / NO

NOMBRE DE SU MÉDICO _____

NOMBRE DE SU DENTISTA _____

NOMBRE DE SU SEGURO _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____ NÚMERO DE GRUPO _____

IMMUNIZACIONES INDIQUE CUALQUIER VACUNAS NUEVAS RECIBIDAS DESDE EL AÑO PASADO

HISTORIAL DE SALUD INDIQUE CUALQUIER INQUIETUD NUEVOS O MODIFCADOS SALUD

FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO

FECHA

FAVOR DE LLENAR Y DEVOLVER ESTA FORMA A LA ENFERMERA ESCOLAR IMMEDIAMENTE