

**ROSLYN PUBLIC SCHOOLS - INSCRIPCIÓN EN LA OFICINA DE SALUD
(PARA QUE COMPLETE EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR)**

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
Dirección	Ciudad/código postal	Número de teléfono del estudiante, si corresponde
Nombre del padre o del tutor		Número de teléfono
Nombre de la madre o de la tutora		Número de teléfono
Nombre del médico para llamar en caso de emergencia		Número de teléfono

Antecedentes médicos***

Alergias:
Asma: ¿Necesita inhalador? SÍ _____ NO _____
Diabetes:
Problemas cardíacos:
Problemas de la audición:
Operaciones:
Accidentes graves:
Enfermedades graves:
Trastorno convulsivo:
Otros diagnósticos médicos:
Utiliza lentes: Utiliza lentes de contacto:
Toma medicamentos diariamente (que no sean vitaminas):
Toma medicamentos durante la jornada escolar:
¿Necesita su hijo(a) alguna adaptación especial?
¿Tiene alguna preocupación especial relacionada con la salud de su hijo(a) cuando se encuentra en la escuela?

*****NOTA: Los estudiantes no pueden llevar ningún medicamento (incluidos los de venta libre) a menos que el padre o la madre y el médico completen el “Self-Medication Release Form” (“Formulario de autorización para automedicación”) y se lo entreguen al personal de enfermería. El personal de enfermería no puede administrar medicamentos a menos que se le proporcione el formulario de “Permission for Administration of Medication in School” (“Permiso para la administración de medicamentos en la escuela”) completado por el padre o la madre y el médico. Ambos formularios se encuentran en el sitio web del edificio de la escuela.**

PARA LA INSCRIPCIÓN SE REQUIERE UN CERTIFICADO DE VACUNACIÓN EXPEDIDO POR UN MÉDICO. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York 2164 establece que la escuela no puede admitir a un niño a menos que el padre o la madre presente ante la escuela un certificado de vacunación expedido por un médico. El personal de enfermería de la escuela determinará la validez del certificado.

La información de este formulario se puede compartir con el personal escolar correspondiente para fines de salud y educación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la Oficina de Salud del edificio de la escuela.

Nombre en letra de imprenta del padre, de la madre o del tutor: _____

Firma del padre, de la madre o del tutor

Fecha