

CITY OF NEW HAVEN

Health Department



54 Meadow Street, 9th Floor • New Haven, Connecticut 06519 • 203-946-6999

Justin Elicker, Mayor • Maritza Bond, MPH, Director of Health

Estimado Padres/Encargado

¡El Departamento de Salud le da la bienvenida al nuevo año escolar! El Departamento de Salud provee servicios de enfermería y de salud escolar a los estudiantes de las escuelas públicas de New Haven. La enfermera de la escuela de su hijo/a debe tener información actualizada sobre la salud de su hijo/a e información sobre contacto en caso de emergencia para cuidar de manera segura a su hijo/a. **FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DE SU HIJO/A. Por favor, indique cualquier alerta o condición médica.**

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Nombre de la Escuela: _____ Grado _____ Salón: _____

| Información de Padres/Encargado: | |
|---|---|
| Nombre: _____ Relación: _____ | Nombre: _____ Relación: _____ |
| Teléfono de Casa: _____ | Teléfono de Casa: _____ |
| Celular: _____ | Celular: _____ |
| Lugar de empleo: _____ | Lugar de empleo: _____ |
| Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____ | Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____ |

Si los padres no pueden ser contactados, llame al siguiente número de emergencia:

Nombre de Contacto: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Nombre de Contacto: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Favor de contestar si o no a la siguiente preguntas:

¿Ha tenido algún cambio en el historial de salud de su hijo/a el año pasado? _____ Si _____ No

¿Tiene su hijo/a algunas alergias? _____ Si _____ No Si es sí, favor de hacer una lista: _____

¿Tiene su hijo/a una condición médica diagnosticada? _____ Si _____ No _____

¿Requiere su hijo/a de medicamentos o cuidado especial de la enfermera durante el día escolar? _____ Si _____ No

Proveedor médico del estudiante: _____ Telefono #: _____

¿Tiene su hijo/a seguro medico? _____ Si _____ No

Si es sí, favor de indicar que clase de seguro/nombre del usuario: _____

Tenga en cuenta que la información proporcionada en este formulario puede ser compartida confidencialmente con personal del Departamento de Salud. Personal de enfermería, administradores, y personal de educación apropiado cuando sea necesario. La firma abajo nos dará el permiso para contactar el proveedor de cuidado de salud de mi hijo/a, según están listados en el formulario para compartir e intercambiar información de salud para satisfacer las necesidades médica y educativas de mi hijo/a.

Firma _____ Fecha _____