



Inscripción En Papel 2025-2026

Estudiante: _____ DDN _____

¿Dónde nació su hijo? _____

¿Su hijo tiene alguna alergia?Sí No

Si, sí, ¿qué alergias tienen y qué *reacción* se produce? _____

¿Su hijo necesita un EpiPen para sus alergias?Sí No

¿Su hijo tiene una afección médica?Sí No

Si, sí, ¿cuál es su condición? _____

¿Necesitan medicamentos para esta afección?..... Sí No

*Si, Sí, por favor haga un seguimiento con la enfermera para obtener un Formulario de Autorización de Medicamentos y un posible Plan de Atención.

¿Su hijo tiene alguna restricción en la dieta?Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son? _____

Cuál de los siguientes medicamentos puede ser dado a su hijo por la enfermera de la escuela, cuando sea necesario:

Benadryl (Antihistamínico).....	Sí	No
Crema Hidrocortisona	Sí	No
Ibuprofeno	Sí	No
Loratadina/ Cetirizine (Antihistamínico).....	Sí	No
Gel Anestésico Oral.....	Sí	No
Crema Hidrocortisona	Sí	No
Ungüento antibiótico.....	Sí	No
Antiácido (TUMS).....	Sí	No
Acetaminofén (Tylenol).....	Sí	No

¿Quién es el proveedor de atención primaria de salud de su hijo?

Nombre del proveedor/Clínica _____ Número de Clínica: _____

¿Su hijo usa anteojos, contactos o usa un audífono?..... Sí No

Si, sí, ¿qué dispositivo y cuánto tiempo? _____

Por favor, continúe firmando y completando. ➡

Consentimiento médico:

Este historial de salud es correcto y refleja con precisión el estado de salud del afiliado al que pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades de KIBSD, excepto según lo señalado por mí y / o un médico examinador. Entiendo que las lesiones y enfermedades menores serán evaluadas y tratadas por la enfermera de la escuela y que si la enfermera no está disponible, el personal de la escuela me notificará. En una situación de emergencia, entiendo que la escuela hará todo lo posible para comunicarse con los padres / tutores o la persona (s) de contacto de emergencia designada por los padres. Entiendo que si no se puede establecer contacto con los padres / tutores, la escuela llamará a los Servicios Médicos de Emergencia y mi hijo será llevado a la Sala de Emergencias para su evaluación y tratamiento. Entiendo que la información en este formulario se compartirá sobre la base de la "necesidad de saber" con el personal de KIBSD. Doy permiso para fotocopiar este formulario.

¿Consentimiento de Tratamiento Medico de Emergencia? **Sí** **No**

Doy mi permiso y autorizo a la enfermera de la escuela a actualizar la inscripción de SchoolCare con estos datos.

Firma

Fecha

Correo electrónico de los padres: _____

Relación del círculo con el niño:	Madre	Padre	Tutor
-----------------------------------	-------	-------	-------