

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 62
777 Algonquin Road
Des Plaines IL 60016
847-824-1136

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

La salud de su hijo/a es una parte integral de su habilidad para aprender. Para poder ayudar al estudiante en el progreso en sus años escolares, el personal de la escuela debe de estar informado de la salud de su hijo.

Nombre de su hijo/a _____ **Grado** _____

¿Tiene su hijo/a un IEP corriente (educación especial)? Sí _____ No _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un doctor o especialista de alguna clase?
Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, favor de dar la razón por la cual lo están tratando y observando.

¿Está tomando algún medicamento actualmente? Sí _____ No _____

Si la repuesta es Sí, dé el nombre de la medicina _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí _____ No _____

Si la repuesta es Sí, favor de nombra la alergia(s) _____

¿Está su hijo bajo algún medicamento para problemas del oído o ha perdido el sentido de oír?

Sí _____ No _____

¿Usa lentes su hijo actualmente o está bajo tratamiento para problemas de la vista?

Sí _____ No _____

¿Deben ser restringidas o limitadas de algún modo las actividades de su hijo en la escuela?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, favor de explicar que clase de limitaciones son y la razón para estas limitaciones.

Si la repuesta es no con respecto a restricciones o limitaciones, pensaremos que su hijo/a puede participar en el programa regular de la escuela, inclusive la educación física y las actividades al aire libre en el patio de la escuela.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ **FECHA** _____

FAVOR DE TOMAR NOTA: Es la reponsabilidad de los padres o guardián informar al personal de la escuela si hay algún cambio en la salud de su hijo.