

# FORMULARIO MEDICO PARA EL AUTOBUS ESCOLAR

¡ESTE FORMULARIO ES UNICAMENTE PARA LOS ALUMNOS QUE UTILIZAN EL AUTOBUS ESCOLAR!

Estimado Padre de Familia:

Si su hijo tiene algún problema médico del cual el conductor del autobús escolar deba saber, por favor llene el formulario que se encuentra a continuación y regréselo a la escuela de su hijo. El personal del departamento de servicios médicos procesara estos formularios y se los darán a los conductores designados de los autobuses escolares.

*NOTA: Nosotros compartiremos la información contenida en este formulario con el conductor del autobús que utiliza su hijo **UNICAMENTE** si usted marca **"SI"** en la parte del formulario que le pregunta si su hijo podría necesitar tratamiento médico de emergencia.*

Muchas Gracias por su cooperación, La enfermera escolar de la escuela de su hijo

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Autobús # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro Titular: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

(Problemas de Salud): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se podría dar el caso que los problemas de salud del estudiante requieran tratamiento de emergencia?

\_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO** (Si contesto que si, por favor explíquenos que acciones quisiera Usted que el conductor del autobús tomara):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del padre de Familia: \_\_\_\_\_

*Al firmar este formulario usted nos está dando permiso para que compartamos la información de salud de su hijo con el conductor del autobús escolar que su hijo utiliza; si se diera la ocasión en que sea necesario comunicarse con los padres de familia, el conductor del autobús escolar de su hijo notificara a la escuela y el personal de la escuela se comunicara con Usted.*