

PROGRAMA DE DÍA: FORMULARIO DE REGISTRO DE SALUD

Northern Illinois University,
Lorado Taft Campus
(815) 732-2111,

Escuela _____

Nombre del
estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Mi hijo/hija asistirá al Campus de Lorado Taft en _____

Dirección _____
Street City Estado Zip

Nombre del padre /guardián legal _____ Teléfono _____ Teléfono _____

Nombre de padre /guardián legal _____ Teléfono _____ Teléfono _____

Nombre y número de contacto alternativo _____

Nuestro médico de familia es _____ Teléfono del médico _____

Las respuestas a estas preguntas se mantendrán confidenciales. El propósito de estas preguntas es proporcionar a nuestro personal información de salud y seguridad sobre su hijo/hija.

• ¿Tu hijo/hija tiene alguna alergia? Si No

En caso afirmativo, ¿él / ella tiene una prescripción inyector de auto-epinefrina para llevar? Si No

Por favor, enumera las alergias. _____

• ¿Su hijo/hija tiene alguna enfermedad, lesión o toma medicamentos? Si No

Por favor describa. _____

• La educación al aire libre puede incluir caminatas, correr y otras actividades físicas. ¿Tiene su hijo/hija limitaciones físicas? Sí No (El conocimiento avanzado nos ayuda a prepararnos para que estudiantes de todas las habilidades puedan ser incluidos.)

Por favor describa. _____

• **DIETA ESPECIAL** (vegetariana, diabética, alergias a los alimentos, etc.)

Los estudiantes con inhaladores de uso de emergencia, epi-pens y glucagon deben llevarlos en todo momento.

***Doy permiso para que mi hijo sea tratado por la enfermera del Lorado Taft Campus,
o por un médico en caso de una emergencia.***

Firma del padre o guardián legal _____ Fecha _____