



**CONROE**  
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
*Committed to Excellence*

## Información de salud del alumno

La presente información es para uso de la clínica escolar y servirá para atender médicamente a su hijo mientras nos ponemos en contacto con usted o si no podemos localizarlo por teléfono.

Nombre legal del alumno \_\_\_\_\_  
apellido nombre segundo nombre

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_

¿Ha asistido a alguna escuela de Conroe ISD antes?  sí  no

Si contestó sí, dé el nombre y grado de la última escuela de CISD a la que asistió \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal con quien vive el alumno \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
número de casa calle ciudad estado código postal

Parentesco con el alumno \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_  
nombre lugar de trabajo teléfono del trabajo teléfono celular

Madre/Tutor legal \_\_\_\_\_  
nombre lugar de trabajo teléfono del trabajo teléfono celular

Nombre de la persona con quien vive el alumno, si no vive con el padre/madre o tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
número de casa calle ciudad estado código postal

Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_

Persona a quien llamar en caso de emergencia si no podemos ponernos en contacto con los padres:

	<b>casa</b>	<b>trabajo</b>	<b>celular</b>
1. Nombre _____	No. de teléfono _____	_____	_____
2. Nombre _____	No. de teléfono _____	_____	_____
2. Nombre _____	No. de teléfono _____	_____	_____

1. Nombre \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_

Médico a quien llamar en caso de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) la varicela?  sí  no ¿Cuándo? (mes/día/año) \_\_\_\_\_

**¿Hay alguna otra información médica que la escuela deba saber?**

**¿Está su hijo bajo tratamiento/medicamento que la escuela deba saber?**

**Si es así, explique:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Entiendo que la escuela hará lo posible para ponerse en contacto conmigo o con las personas nombradas arriba, en caso de una emergencia que requiera los servicios de un médico; sin embargo, si no pueden ponerse en contacto conmigo, el personal autorizado de la escuela tiene mi permiso para tomar cualquier acción que sea necesaria, en su opinión, para el bienestar de mi hijo(a). También entiendo que la escuela no tiene ninguna responsabilidad financiera por el cuidado o transporte de emergencia de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

### ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes padecimientos?

Marque según corresponda

Asma

Alergia a alimentos \_\_\_\_\_

Reacción que provoca \_\_\_\_\_

Otras alergias \_\_\_\_\_

Convulsiones

Diabetes

Problemas del corazón

Problemas del oído

Déficit de atención  
(con hiperactividad)

El Distrito Escolar Independiente de Conroe no discrimina por motivos de raza, color, nación de procedencia, sexo, discapacidad o edad, de sus programas y actividades y ofrece acceso igualitario a los programas de Escultismo (Boy Scouts) y otros grupos juveniles autorizados. Las personas siguientes han sido designadas para atender las preguntas relacionadas con estas políticas antidiscriminatorias:

Coordinador del Título IX, cito en el 3205 W. Davis, Conroe, Texas 77304; (936) 709-7700 y Coordinador de la Sección 504/ADA, cito en el 3205 W. Davis, Conroe, Texas 77304; (936) 709-7670.