



## Parroquia San Antonio de Padua

### PROGRAMA DE VERANO – FORMULARIO DE SALUD 2024

Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales:

---

Alergias (Comida/Medicamentos/Otros):

---

Por favor escriba si su hijo tiene alguna necesidad de salud:

---

---

---

---

Indique si autoriza al Coordinador de Salud/Enfermera a dar estos medicamentos a su hijo en caso de ser necesario:

YES	NO	Neosporin/Crema Antibiotica
YES	NO	Calamine Lotion
YES	NO	Antiseptic Wound Wash

SI NO N/A

Doy permiso para que el Coordinador de Salud/Enfermera ayude a mi hijo con administración inhaladores o epi-pens. **Los Epi-Pens deben ser llevados a la Coordinadora de Salud/Enfermera en una bolsa sellada con cierre hermético con el nombre de su hijo antes de que comience la clase.**

SI NO

¿Requiere su hijo el uso de un inhalador (Albuterol/Flovent)? Si es así, por favor solicite un formulario al médico de su hijo que indique cómo administrarlo.

SI NO

Doy permiso para que el Coordinador de Salud/Enfermera se comunique con Servicios Médicos de Emergencia y doy consentimiento para que mi hijo sea Traslado a un centro médico en caso de emergencia médica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha