

"#\$!%&'()*+,&!#&,-. +&!012!34546!

"#\$%&'(!)

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

POR FAVOR, COMPLETAR PARA TODOS LOS ESTUDIANTES RECIÉN LLEGADOS AL DISTRITO: PREESCOLAR, KINDERGARTEN, 5^o Y 9^o GRADO
O SEGÚN SEA NECESARIO PARA OTROS GRADOS PARA ACTUALIZAR LOS PROBLEMAS DE SALUD NUEVOS/EXISTENTES

PROVEEDOR MÉDICO/GRUPO PEDIÁTRICO: _____ TELÉFONO _____

OTRO MÉDICO: _____ TELÉFONO _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y TUTORES LEGALES

PERMISO PARA ACCEDER AL REGISTRO ESTATAL DE INMUNIZACIÓN

SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO

NO DOY MI CONSENTIMIENTO

... para que la enfermera revise la información de inmunización de mi hijo en el registro de inmunización del estado de Alaska (VACTrak).
El padre/tutor legal puede eliminar su consentimiento en cualquier momento enviando su solicitud por escrito.

CONSTANCIA DE LOS PADRES

Con mi firma acepto que la información proporcionada es actual y correcta. He revisado el formulario de historial de salud y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela cuando la información de salud de mi hijo ha cambiado. Me comprometo a proveer cualquier medicamento o material para el cuidado de mi hijo en la escuela si es necesario. Notificaré a la escuela si mi autorización para los artículos mencionados necesita ser actualizada o cambiada, de conformidad con mi preferencia.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (EN IMPRENTA)	RELACIÓN CON EL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO
PADRE/TUTOR LEGAL (FIRMA)		FECHA