



Dassel-Cokato Schools - ISD #466
 4852 Reardon Ave SW, Suite 1600, Cokato, MN 55321
 Teléfono: 320-286-4100 LSN Fax: 320-286-4201
 Jenny Heidecker, enfermera

SALUD & EMERGENCIA

Solo una forma cada familia

Apellido del padre/madre/guardia:	Nombre de padre/madre/guardia:	Si tiene un cambio de dirección, número de teléfono o email, avisa la oficina.
-----------------------------------	--------------------------------	--

Información del Hogar

Describe problemas de salud y/o medicinas para cada estudiantes. Por ejemplo: alergias, asma, diabetes, salud mental, convulsión, deficiencia sensorial etc.

Nombre de los estudiantes	Cumpleaños	Nivel/Escuela (CE,	Información de Salud y Medicina: La preocupación o nada	
			<input type="checkbox"/> Nada	
			<input type="checkbox"/> Nada	
			<input type="checkbox"/> Nada	
			<input type="checkbox"/> Nada	
			<input type="checkbox"/> Nada	
			<input type="checkbox"/> Nada	

Contactos emergencia es el mismo del año pasado.

Contactos emergencia ha cambiado.
 Actualiza la información abajo y firma.

Información de contactos emergencia

Los padres/guardias siempre serán contactados primero en una emergencia.

Si no puedes estar contactos, las personas abajo, solo las personas abajo pueden transportar o cuidar el estudiante. Si es un accidente o enfermedad serio, llamaré 911. Los padres/guardias son responsable para la cuenta.

Contactos emergencia (No es un padre o guardia)

Apellido:	Nombre:	# de teléfono de casa:
# móvil	# teléfono del trabajo:	

Relación al estudiante: tío/a amigo de la familia abuelo/a vecino madrastra/padrastro hermano/a

Contactos emergencia (No es un padre o guardia)

Apellido:	Nombre:	# de teléfono de casa:
# móvil	# teléfono del trabajo:	

Relación al estudiante: tío/a amigo de la familia abuelo/a vecino madrastra/padrastro hermano/a

concordancia de los padres

Si la enfermera piensa que es necesario, esta información de salud pueden estar compartidos a otras empleados en la escuela. Sí No

Prometo que toda la información en esta forma es correcto.

Firma del padre/guardia: _____ Fecha: _____

Esta información es confidencial y solo es para la oficina de salud.