



West York Area School District

Administrative Office
1891 Loucks Road, Suite 100
York, PA 17408

Historia de salud

Nombre del estudiante: _____ DOB: _____

Varón _____ grado: _____ aula/maestro: _____

Nombre del médico: _____ teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Por favor enumere cualquier enfermedad grave, operación, lesión o condición diagnosticada por un médico:

Por favor enumere cualquier medicación prescrita que su niño tome diariamente:

Medicación: _____ razón: _____

Medicación: _____ razón: _____

Medicación: _____ razón: _____

Para los estudiantes en los grados 6-12:

El distrito tiene órdenes permanentes que incluyen los siguientes: Tylenol/acetaminofén, ibuprofeno, Tums, Caladryl/calamina loción y gotas para la tos. Si usted no quiere que su estudiante reciba ninguno de estos, por favor deje que su enfermera de la escuela lo sepa por escrito.

El distrito escolar puede intercambiar información médica/dental con el médico/dentista de su hijo y puede compartir información de salud con otros profesionales según sea necesario en apoyo del proceso educativo y el mejor interés de su hijo.

Firma del padre/guardián: _____ fecha: _____