

EL DISTRITO ESCOLAR DE WAYNE TOWNSHIP

INFORMACION DE SALUD PARA DAR A LOS EMPLEADOS DE LA ESCUELA

Estimados padres o guardianes,

Favor de repasar la información abajo para su hijo o hija que ya hemos recibidos. Favor de aumentar información o borrar información que no quiere que nosotros compartimos con los empleados autorizados de la escuela. Si su hijo o hija cambia a otra escuela en nuestro distrito esta forma va a seguir. **No podemos enviar esta forma a otra escuela afuera del Distrito Escolar de Wayne Township.**

Información medica para _____
(Nombre de Alumno)

Favor de marcar uno de los siguientes y **devolver esta forma a la enfermera de la escuela no mas tarde que** _____.

_____ Yo le doy a la escuela para incluir la información arriba acerca de mi hijo o hija para empleados autorizados de la escuela. Esta información solo aparece en una lista confidencial para la salud de mi hijo o hija.

_____ Yo **no quiero** que ustedes incluyen información medica de mi hijo o hija en una lista confidencial para salud.

(Firma de padre o guardián)

(Fecha)

Nota: Ustedes pueden cambiar esta información con el desarrollar o mejorar de las condiciones medicas de su hijo o hija. **Favor de enviar cambios escritos a la enfermera de la escuela de su hijo o hija.**