Formulario de información médica del estudiante 2026-2027

Chicago Public Schools

Este formulario se debe actualizar y devolver a la escuela cada año escolar.

Por favor informe a su escuela sobre la salud y la atención médica de su estudiante. Esta es una buena manera de mantener seguro a su estudiante. La información es **CONFIDENCIAL** y será compartida sólo con el personal de CPS autorizado (la enfermera, el director, la persona designada o la secretaria).

Por favor escriba en letra de molde.

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

SEXO (Escriba M / F / X / N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA

# DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	# DE AULA

1. ¿SABE SI SU ESTUDIANTE POSEE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si su estudiante tiene una condición de salud, favor programar una cita con su personal de enfermería escolar. POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

☐ Alergias (alimentarias u otras)

Por favor especifique: _____

☐ Asma

Año diagnosticado _____

☐ Convulsiones/Epilepsia

Año diagnosticado _____

☐ Diabetes – por favor marque el tipo ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Otro

Año diagnosticado _____

☐ Anemia de células falciformes

Año diagnosticado _____

☐ Otro _____ Año diagnosticado _____

2. MI ESTUDIANTE TIENE UN MÉDICO DE CABECERA (PRIMARY DOCTOR) ☐ SÍ ☐ NO

Si tiene, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:

Nombre _____ **Número de teléfono** _____

☐ **Doy permiso a que el personal de enfermería de la escuela de mi estudiante o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi estudiante.**

3. MI ESTUDIANTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO: ☐ SÍ ☐ NO

Si su estudiante necesita seguro médico, llame a Healthy CPS al 773-553-KIDS (5437).

Este formulario NO reemplaza una orden médica, un plan de acción ni un plan de atención médica. Si su estudiante tiene una condición de salud como las mencionadas anteriormente, por favor visite cps.edu/oshw para consultar los formularios médicos requeridos por CPS para esa condición específica. Los formularios de salud de CPS deben ser completados por un profesional médico y entregados a la enfermera escolar para garantizar la salud y seguridad de su estudiante en la escuela. Si tiene preguntas sobre los formularios médicos requeridos, le recomendamos programar una llamada o reunión con la enfermera de su escuela.

Por favor devuelva el formulario al personal de enfermería escolar.
Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con el personal de enfermería escolar.

Nombre del padre o tutor legal _____ **Fecha** _____ **Número de teléfono** _____

Firma del padre o tutor legal _____ **Correo electrónico** _____

Este formulario debe ser firmado a mano.
Una firma electrónica no es aceptable.

Solo para las enfermeras **Revisado por (Iniciales)** _____ **Fecha** _____

Revisado en abril de 2026

RETAIN IN THE STUDENT HEALTH RECORD