

STUDENT WITH HEALTH PROBLEM / Estudiante con Problema de Salud

Student's name/ Nombre del alumno/a: _____ Date/Fecha: _____

Teacher/ Maestra/o: _____

Health problem or condition/ Problema o condición de salud: _____

Date of onset/ Fecha de cuando comenzó: _____

Medication/ Medicina: _____

Treatments/Tratamientos: _____

Heath care needed at school/ Cuidado de salud que se necesita en la escuela: _____

Physical restrictions / Restricciones físicas: _____

Diet restrictions / Restricciones de dieta: _____

Doctor / Nombre de doctor: _____

Hospital / Nombre de hospita: _____

Parent/Guardian name / Padres/Guardianas: _____

Work phone / Teléfono del trabajo:	Home phone / Teléfono de la casa:	Cell phone / Cellular:
_____	_____	_____

Parent/Guardian name / Padres/Guardianas: _____

Work phone / Teléfono del trabajo:	Home phone / Teléfono de la casa:	Cell phone / Cellular:
_____	_____	_____

