Hoja de Cobertura del Plan de Atención Médica

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Padre/Tutor: _____Teléfono: _____

Domicilio: _____

¿Recursos o Ed. Especial? ☐ Sí ☐ No ¿Usa el estudiante el autobús escolar? ☐ Sí

de Autobús_____

****

Diagnóstico Médico: _____

Nombre del Médico/Clínica: _____

Teléfono: _____Fax: _____

Firma del Médico: _____
Fecha

He leído y apruebo el Plan de Atención Médica del Estudiante:

_____ _____

Director Fecha Enfermera de la Escuela Fecha

Padre Fecha

Fecha

Personal de la Escuela