

# **Distrito Escolar de la Comunidad de Clinton**

## **Formulario de Regreso Médico a la Escuela**

---

Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Sistema de Salud: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón de la Visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha para regresar a la escuela: \_\_\_\_\_

Acomodaciones/Restricciones para la Escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que Se Van a Administrar en la Escuela:

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Instrucciones de uso: \_\_\_\_\_

Razón del medicamento: \_\_\_\_\_

Posibles Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha para discontinuar el medicamento: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela a un número de teléfono que que sigue abajo:

Escuela Secundaria                      Teléfono: 608-676-2223 ext:2102                      Fax: 608-676-2904

Escuela Intermedia                      Teléfono: 608-676-2275 ext:3069                      Fax: 608-676-5176

Escuela Primaria                      Teléfono: 608-676-2211 ext:4019                      Fax: 608-676-5717