

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