



REGISTRO DE SALUD ESTUDIANTIL

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nuestra institución provee servicios de Primeros Auxilios. Todo estudiante matriculado en el Liceo Aguadillano que tenga alguna situación que requiera los servicios de Primeros Auxilios, durante el periodo escolar y en los predios de nuestra institución, tiene que registrar el incidente primeramente con el personal de la Oficina de Primeros Auxilios. Una vez registrado el incidente, se procederá a notificar a las personas que usted indicó en caso de emergencias. El personal de la Oficina de Primeros Auxilios no está autorizado a suministrar medicamentos sin la autorización escrita del padre, madre o tutor legal. En casos de ausencias prolongadas por enfermedad, se requiere al estudiante presentar un Certificado de Regreso a la Escuela autorizado por su médico, el mismo debe presentarse a la Oficina de Primeros Auxilios. Aquellos estudiantes que durante el año escolar presenten cuadro viral certificado por su médico, deben permanecer en su hogar y evitar el contagio de otros estudiantes y personal. Es requisito del Departamento de Salud, programa de Vacunación, que todo estudiante matriculado en la escuela presente el PVAC3 (hoja verde) con sus vacunas y refuerzos al día. Este documento es Ley y el incumplimiento del mismo conlleva multas y referidos a agencias gubernamentales. El PVAC3 tiene que presentarlo a la Oficina del Director antes del comienzo del semestre escolar. En caso de estudiantes que requieran dietas especiales deben procurar a la Supervisora del Programa de Comedor Escolar de la institución para la debida orientación y trámite de documentos requeridos.

TELEFONOS DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA					
#	Relación	Nombre	Celular #1	Celular #2	Trabajo/Casa
1	Padre				
2	Madre				
3	Abuelo (a)				
4	Tío(a)				
5	Vecino (a)				
6	Amigo(a)				

INDIQUE SI SU HIJO/A PADECE DE					
	SI	NO		SI	NO
HEMORRAGIAS			DIETA ESPECIAL		
HIPOGLICEMIA			EPILEPSIA		
ALERGIAS			VISION		
DIABETES			ASMA		
CARDIO					

Médico Primario/Familiar: _____ Teléfono: _____

Autorizo se administre el siguiente medicamento autorizado por el médico primario/familiar (favor visitar Oficina Primeros Auxilios):

Favor indicar si autorizo a su hijo/hija a participar de actividades relacionadas con la Educación Física: Si ____ No ____

Firma Padre, Madre o Tutor Legal

Fecha: _____