



Formulario de Información de Salud de Estudiante

Nombre de Pariente/Guardián: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono: (____) _____ (Casa) (____) _____ (Celular)

1) ¿Tiene usted un niño con alguna condición médica/salud? Sí No

Si es así, por favor indique nombre (s) del niño (s): _____

2) ¿Tiene usted un niño que necesite tomar medicamentos en la escuela? Sí No

Si es así, por favor indique nombre(s) de medicamento(s), si se conocen: _____

3) ¿Tiene su niño un plan médico 504? Sí No

4) ¿Tiene su niño alguna alergia de alimentos? Sí No

Si es así, por favor indique/describa: _____

1) ¿Tiene su niño seguro de salud actualmente? Sí No

Si no es así, y desea ayuda para inscribir a su niño en un programa de seguro de salud gratis o de bajo costo, por favor complete la siguiente información para que alguien pueda contactarlo.

Nombre de Pariente/Guardián: _____

Dirección de Pariente/Guardián: _____

de Teléfono de casa de Pariente/Guardián: _____

de Celular de Pariente/Guardián: _____

Correo Electrónico de Pariente/Guardián: _____@_____

***Declaración de confidencialidad:** la información obtenida en este documento es confidencial y se utilizará con el único propósito de obtener recursos y prestar asistencia a estudiantes de la A.C.E. Academy y sus familias. La información obtenida será utilizada solamente por el personal de la A.C.E. Academy y no será compartida con una entidad adicional.*

Mailing Address:

4365 Schoolhouse Commons
Suite 500 #157
Harrisburg, NC 28075
Phone: 888-244-6511, Ext. 101

7807 Caldwell Road
Harrisburg, NC 28075
Phone: 704-207-0232
Fax: 704-626-2655