



School Participation Following Illness

(Such as: Extended illness, hospitalization, surgery, 911 calls, stitches, staples)
Participación y Seguimiento de la Escuela a la Lesión

Student Name: _____
Nombre del Estudiante

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

School: _____ **Grade:** _____
Nombre de le Escuela Grado

Teacher: _____
Maestro/a

Diagnosis: _____
Diagnóstico

Date of Illness: _____
Fecha de la lesión/enfermedad

Student may return to school on: _____
El estudiante arriba mencionado puede regresar a la escuela a

Treatment Plan/Current Medication(s): _____

Special Precautions During School Hours: _____
Contagious: _____ **None Contagious:** _____

I have examined the above named student and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations:

He examinado el estudiante arriba mencionado y le cuenta / ella pueden participar las actividades escolares irregular con las siguientes recomendaciones:

Recommendations for Recess: *May participate* *May not participate*
 May not participate, but may circulate with peers *Other* _____

Recomendaciones para el recreo: *Podrán participar* *No podrán participar*
 No podrán participar, pero se puede circular con sus compañeros *Otro* _____

Recommendations for Physical Education: *May participate* *May not participate* *May participate with limitations (please describe):*

Recomendaciones para la Educación Física: *Podrán participar* *No podrán participar* *Podrán participar con limitaciones (por favor describa):*

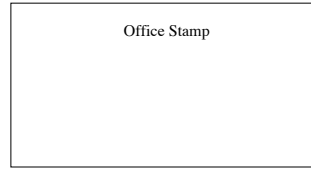
Above recommendations to be in effect until (date) _____
Recomendaciones anteriores para estar en vigor hasta (fecha)

Comments/Additional Instructions: _____
Comentarios/Instrucciones adicionales

Authorized Health Care Provider Signature _____
Firma Autorizada proveedor de atención médica

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) _____
Nombre del proveedor de atención médica autorizado (letra de imprenta)

Telephone _____ **Date** _____
Teléfono Fecha



I give my permission for my child (name) _____ to return to school under conditions described above. I give permission for the School Nurse to exchange health-related information with authorized health care provider.
Doy mi permiso para que mi hijo(a) (nombre) _____ regrese a la escuela bajo las condiciones descritas anteriormente. Doy permiso para que la Enfermera Escolar/Oficinista de la enfermería intercambie información sobre salud con el proveedor de salud autorizado.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Firma del Padre o guardian Fecha