

---

# OREGON LEADERSHIP INSTITUTE

---

## Información Médica del Estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombres de padres o tutores \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Otra persona que podamos contactar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Séguro médico  Sí  No Número del grupo \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante algún problema médico en especial?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", favor de explicarlo con mas detalle \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamento el estudiante?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", favor de especificarlo \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante alergia a alguna medicina?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", favor de especificarlo \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante alergia a piquetes de insectos?  Sí  No

¿Si la respuesta es "sí", tiene el estudiante un botiquín contra insectos para caso de emergencias?  Sí  No

¿Cuándo recibió el estudiante su última vacuna de tétano? \_\_\_\_\_

¿Toma el estudiante algún medicamento que requiere supervisión de adultos?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", adjunte una carta que contenga instrucciones para administrar el medicamento.