

Si tiene ataques epilepticos: Que tan frecuente: _____ cuanto duran: _____
Que tipo de convulsiones tiene y como son sus reacciones: _____

Dieta especial (si ocupa comida cortada, necesitamos una orden del doctor para una dieta de comida picada): _____

Escribir todos las medicinas, INCLUYENDO las de la casa. Ocupamos esta informacion por cualquier emergencias.

	CASA		ESCUELA	
MEDICINA	HORA(S)	DOSIS	HORA(S)	DOSIS

Por favor escribir todos los nombres de doctores, sus numeros de telefono y de fax.

NOMBRE DE DOCTOR	ESPECIALIDAD	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE FAX	FECHA DE SU ULTIMA CITA DE DOCTOR

Hay alguna informacion que quiera compartir con la oficina de salud? Casco? Silla de ruedas, andadera, ó aparato ortopédico? _____

(COMPLETAR AMBOS LADOS)