

Date/fecha: \_\_\_\_\_

**Student with Health Problem**

Student's name/ nombre del  
alumno/a \_\_\_\_\_

Teacher/ Maestra/o \_\_\_\_\_

Health problem or condition/ problema o condición de salud \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of onset/ fecha de cuando comenzó \_\_\_\_\_

Medication/ medicina \_\_\_\_\_

Treatments/tratamientos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Health care needed at school/ cuidado de salud que se necesita en la escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Physical restrictions/ restricciones físicas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diet restrictions / restricciones de dieta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Doctor/nombre de doctor \_\_\_\_\_

Hospital/nombre de hospital \_\_\_\_\_

Mother's name/ nombre de mamá \_\_\_\_\_

Work phone/ número de teléfono del trabajo (mamá) \_\_\_\_\_

Home phone/ número de teléfono de la casa (mamá) \_\_\_\_\_

Cell phone/ número de celular de mamá \_\_\_\_\_

Father's name/ nombre de papá \_\_\_\_\_

Work phone/ número de teléfono del trabajo (papá) \_\_\_\_\_

Home phone/ número de teléfono de la casa (papá) \_\_\_\_\_

Cell phone/ número de celular de papá \_\_\_\_\_