



HARRISON HIGH SCHOOL

BLUE TIDE

Información de Emergencia y Permiso para dar el medicamento Tylenol

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Vive con: Padres ___ Madre(solamente) ___ Padre (Solamente) ___ Tutor _____

Nombre de la madre _____

Teléfono del trabajo _____ Número del celular _____

Nombre del padre _____

Teléfono del trabajo _____ Número del celular _____

Nombre del Tutor _____

Teléfono del trabajo _____ Número del celular _____

Si no me puede contactar, la(s) siguiente(s) persona(s) pueden recoger a mi hijo.

nombre _____ # de Teléfono _____

nombre _____ # de Teléfono _____

Si ___ No ___ La enfermera de la escuela tiene mi autorización de compartir la debida información médica con el personal de la escuela.

Si ___ No ___ La enfermera de la escuela tiene mi permiso para dar a su hijo/a el medicamento del Acetaminophen (Tylenol).

Nombre del Padre/Tutor (Por favor letra de imprenta) Fecha _____

Haga una lista de condiciones médicas, alergias o medicamentos diarios para su hijo

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Firma _____ Fecha _____