

Distrito Escolar Independiente de McKinney (MISD)
Servicios Escolares de la Salud
Formulario del Historial Médico

Nombre del alumno _____ Fecha de Nac. _____ Sexo _____ Edad _____

Padre/Guardián _____ Núm. de Tel. _____

Dirección del hogar _____
Calle y Núm. de la Casa Ciudad Estado Código Postal

Dirección del Trabajo _____
Calle y Núm. Núm. de Teléfono

Segundo Padre/Guardián _____ Núm. de Tel. _____

Distrito Escolar Independiente de McKinney (MISD)
Servicios Escolares de la Salud

Formulario de Exoneración para la
Aplicación de Medicamentos Orales o de Uso Exterior en el Cuerpo

Nombre del alumno _____

No Si

- I. Contra la Inflamación / Antipirético (Contra la fiebre)
 - 1. Ibuprofen (Advil, etc.)