

Estimados Padres:

Esta forma es para su información. Su hijo, _____ estaba en la oficina de la enferma hoy _____ porque:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de estómago/Nausea/Vomitando | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Toz/Resfrio |
| <input type="checkbox"/> Dolor de los dientes | <input type="checkbox"/> Primeros auxilios |
| <input type="checkbox"/> Temperatura de _____ | <input type="checkbox"/> Heridas/Erupción del cutis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oido D___ I___ | <input type="checkbox"/> Cambiar su ropa |
| <input type="checkbox"/> Problema con ojos D___ I___ | <input type="checkbox"/> Otro |

Comentarios:

Si su condición continua, deben ir al doctor.

Gracias,

Enfermera de la escuela

Declaración del doctor:

Fecha _____

Firma _____