

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 \_\_\_\_\_