

KENDALL DEMONSTRATION ELEMENTARY SCHOOL

NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE (EN IMPRENTA)

FECHA DE NACIMIENTO

Brazo Izquierdo: _____ Brazo Derecho: _____

Fecha de la Administración: / /

Fecha de la Lectura: / /

Endurecimiento: _____ mm

Firma del Médico o Proveedor de Servicio

Nombre del Medico (en imprenta)

Dirección

Teléfono

Doy permiso para que la enfermera de Kendall School y el médico de atención primaria de mi hijo,

Nombre del Medico

A compartir información relacionada con este formulario.

Firma del Padre/ Representante legal

Fecha: / /