



READMISSION TO SCHOOL AFTER OUTSIDE MEDICAL SERVICES

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Room: \_\_\_\_\_

**ATTENTION PARENT or LEGAL GUARDIAN**

Please check the student information on file in school office to make sure all Information is current and correct. Fill out new card if necessary.

PHYSICIAN'S STATEMENT	Date of Injury or Illness: _____
Type of illness or injury: _____	
Diagnosis: _____	
Approximate duration of illness: _____	
Recommendation regarding student's physical activity while at school:	
<input type="checkbox"/> Restricted Activity <input type="checkbox"/> No Restrictions	
Explanation of restricted activity: _____	
Is this student required to use a wheelchair, cast, crutch, splint, or other appliance, including dental appliances? Please specify: _____	
_____ Physician's Signature	<div style="border: 2px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Physician's Stamp</p> </div>
_____ Date	
_____ Telephone	
_____ NPI#	

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Signature of Parent/Legal Guardian



**FORMULARIO PARA READMISION A LA ESCUELA DESPUES DE RECIBIR SERVICIOS MEDICOS**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

**ATTENCION PADRES o TUTOR LEGAL**

Por favor compruebe que toda la información este actual y correcta en la Tarjeta de Emergencia del alumno en el registro escolar. Si es necesario, complete una tarjeta nueva.

DECLARACION DEL MEDICO Fecha de lesión o enfermedad: \_\_\_\_\_

Tipo de enfermedad o lesión: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tiempo aproximado de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Recomendaciones sobre la actividad física del alumno mientras esta en la escuela:

- Actividad limitada                       Sin limitaciones

Explicación de actividades limitadas: \_\_\_\_\_

¿Requiere este alumno el uso de una silla de ruedas, yeso, muletas, tablilla u otro aparato incluyendo aparatos dentales? Por favor especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del medico

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Teléfono

\_\_\_\_\_  
 NPI#



\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor legal