



School Participation Following Illness

(Such as: Extended illness, hospitalization, surgery, 911 calls, stitches, staples)

Participación en la Escuela Después de una Enfermedad

Student Name _____ **Date of Birth** _____
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento

School _____ **Grade** _____ **Teacher** _____
Nombre de la Escuela Grado Maestro/a

Diagnosis _____ **Date of Illness** _____
Diagnóstico Fecha de la lesión/enfermedad

Student may return to school on _____
El estudiante arriba mencionado puede regresar a la escuela a

Treatment Plan/Current Medication(s): _____
Plan de tratamiento/medicación(s) actual

Special Precautions During School Hours: _____
Precauciones especiales durante las horas de clase

Contagious: _____ **Non Contagious:** _____
Contagioso No Contagiosa

I have examined the above named student and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations: He examinado el estudiante arriba mencionado y le cuenta/ella pueden participar las actividades escolares inregular con las siguientes recomendaciones:

Recommendations for Recess: *May participate* *May not participate*
 May not participate, but may circulate with peers *Other* _____

Recomendaciones para el recreo: *Podrán participar* *No podrán participar*
 No podrán participar, per se uede circular con sus compañeros *Otro* _____

Recommendations for Physical Education: *May participate* *May not participate*
 May participate with limitations (please describe)

Recomendaciones para la Educación Física: *Podrán participar* *No podrán participar* *Podrán participar con limitaciones (por favor describa):*

Above recommendations to be in effect until (date) _____
Recomendaciones anteriores para estar en vigor hasta (fecha)

Comments/Additional Instructions: _____
Comentarios/Instrucciones adicionales: _____

Authorized Health Care Provider Signature _____ **NPI #** _____
Firma Autorizada proveedor de atención médica

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) _____
Nombre del proveedor de atención médica autorizado (letra de imprenta)

Telephone _____ **Date** _____
Teléfono Fecha

Office Stamp

I give my permission for my child (name) _____ to return to school under conditions described above. I give permission for the School Nurse to exchange health-related information with authorized health care provider. *Doy mi permiso para que mi hijo/(a) (nombre)* _____
Regrese a la escuela bajo las condiciones descritas anteriormente. Doy permiso para que la Enfermera Escolar/Oficinista de la enfermería intercambie información sobre salud con el proveedor de salud autorizado.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma del Padre o guardian *Fecha*