

Adams County School District #14
Nombre de la escuela _____
Dirección de la escuela _____
Número de teléfono de la escuela _____
Número de teléfono de la oficina de salud _____

Fecha de Excursión _____

Lugar de Excursión _____

Información Médica Del Alumno Para Excursiones De Mas De Un Día

Todos los alumnos tienen que llenar este documento y entregarlo antes de _____. Al alumno que no lo entregue **no** se dejara ir a la excursión.

Si no tenemos en nuestros archivos el Permiso Para Medicamentos firmado por usted y por el médico de cabecera de su hijo/a, no se le pueden dar medicamentos al alumno. Esto incluye cualquier medicamento con o sin receta. Si su hijo/a toma medicamentos en la escuela, los permisos actuales se extienden a la excursión. Si su hijo/a toma los medicamentos antes o después del horario escolar, se tienen que llenar los permisos medios pertinentes. Los medicamentos con receta tienen que venir en los frascos de la farmacia y tienen que tener el nombre del alumno. Si son medicamentos sin receta, tienen que venir en el paquete original. Puede obtener el Permiso Para Medicamento en la oficina de salud de la escuela. Si a su hijo/a se le receta un medicamento nuevo la semana de la excursión, haga favor de comunicarse con la oficina de salud lo más antes posible.

Entregue el Permiso Para Medicamentos junto con los medicamentos a la oficina de salud antes de _____.

La enfermera NO va a la excursión. Los medicamentos son repartidos por un integrante del personal capacitado. Asegúrese de que tengamos un número de teléfono con el cual podamos comunicarnos con usted en caso de que su hijo/a enferme o si necesitamos su ayuda durante la excursión.

Datos del Alumno

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Tel. Casa/Celular _____

Médico de Cabecera _____

No. de Tel. _____

Seguro Médico _____

No. de Póliza _____ No de Grupo _____

No de Medicaid _____

Contactos Para Casos de Emergencia

Nombre de Madre _____

Tel. Casa/Celular # _____ Otro # _____

Nombre de Padre _____

Tel. Casa/Celular # _____ Otro # _____

Guardia _____

Tel. Casa/Celular # _____ Otro # _____

Otro Contacto _____

Tel. Casa/Celular # _____ Otro # _____

Otro Contacto _____

Tel. Casa/Celular # _____ Otro # _____

Llame al encargada de salud, _____, (tel.) _____ si tiene cualquier duda.

Nombre del Alumno _____ Fecha de la última vacuna contra el tétano _____

Mencione cualquier problema médico significativo del cual tiene su hijo/a, por ejemplo: asma, problemas cardiacos, problemas emocionales, o cualquier otra inquietud médica, del cual el personal debería estar informado. Indique el problema médico, lo que deberíamos esperar de este, y lo que podemos hacer para ayudar a su hijo/a.

Mencione cualquier tipo de alergia (medicamentos, alimentos, insectos, otro) _____

Qué tipo de reacciones tuvo su hijo/a? _____

Tiene su hijo/a algún tipo de fobia del cual deberíamos estar al tanto? _____

Mencione cualquier otra información acerca de su hijo/a (si es sonámbulo, moja la cama, o le da nostalgia, etc.) y la manera que usted prefiere para que se le ayude

Medicamentos

_____ No, mi hijo/a no va a llevar medicamentos.

_____ Si, mi hijo/a va a necesitar medicamentos durante la excursión. **(Necesita una recomendación por escrito del médico de cabecera de su hijo/a)**

Medicamentos	Dosis	Como es dado	Frecuencia/Solo Como Necesario

Otras instrucciones _____

Si se da el caso de que su hijo/a se enferma o lastime mientras estamos en la excursión, vamos hacer el mayor esfuerzo por comunicarnos con usted. Si su hijo/a tiene que regresar a casa, la responsabilidad de trasladarlo recae sobre usted. Si su hijo/a necesita atención médica de emergencia, la responsabilidad de pagar cualquier gasto que surja por el incidente es del padre/guardia.

Yo doy mi permiso al personal de la escuela para buscar atención médica para mi hijo/a en mi ausencia.

Firma del Padre/Guardia _____ Fecha _____