

Barrington 220
FORMULARIO DE PERMISO DE SALUD PARA EDUCACIÓN AMBIENTAL

Nombre del Estudiante: _____ Maestro: _____

La escuela puede administrar **PRIMEROS AUXILIOS** a mi hijo/a: Sí _____ No _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Las respuestas son confidenciales y solamente se compartirá con personal profesional que necesite saberlo.

ALERGIAS (picazón de abeja, comida, medicamento, animales, otro) Sí _____ No _____

Si marcó que sí, favor de escribir y describir la reacción alérgica y el tratamiento. _____

SALUD GENERAL ES: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Si indicó regular o mala, favor de ampliar: _____

ENFERMEDADES o INCAPACIDAD FÍSICA (Favor de enumerarla/s): _____

BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA: Sí _____ No _____

Si indicó que sí, favor de explicar: _____

NECESITA MEDICAMENTOS DURANTE EL PASEO: Sí _____ No _____

Si marcó que sí, favor de poner el nombre del medicamento, propósito y hora que se le administra: _____

SI ES NECESARIO, ¿AUTORIZA LA ADMINISTRACIÓN DE el medicamento genérico equivalente a Tylenol, Advil o Benadryl, según los protocolos del distrito? Sí ___ completar la autorización previa adjunta. No ___

APETITO ES: Bueno _____ Disminuido _____ ¿INQUIETO PARA DORMIR? Sí ___ No ___

¿Se orina en la cama de noche? Sí _____ Ocasionalmente _____ No _____

Favor de escribir cualquier recomendación o sugerencia que usted crea que podría ayudar a su hijo/a durante su participación en el campamento. _____

EN CASO DE URGENCIA, LLAMAR A:

Nombre y Número Telefónico de su Médico Familiar: _____

Si mi hijo/a se enferma o se lastima durante la excursión de educación ambiental y necesita atención de urgencia comuníquese con mi medico o llévele al hospital más cercano para tratamiento de urgencia si es que no puedo ser localizado, Por medio de la presente, autorizo que la escuela y el hospital actúen y administren tratamiento, según sea necesario. Además con mi firma asumo la más estricta responsabilidad y cualquier obligación que pueda surgir como resultado del mismo.

Firma del Padre de Familia/Apoderado

Fecha

Teléfono Celular

Teléfono de Trabajo y/o Fijo

Nombre y # de teléfono alternativo, en caso de que no podamos comunicar con la persona arriba indicada:

Nombre y Relación al Estudiante

Número(s) Telefónicos