**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA EXCURSIÓN Y CAMINATA PARA AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Los padres/tutores tienen que completar este formulario y devolverlo a la enfermera escolar por lo menos 7 días antes de la excursión o caminata de cada año escolar y actualizar este formulario si la condición médica del niño cambia.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de estudiante | Fecha de nacimiento |
| Dirección residencial con código postal | Nombre del médico |
| Teléfono del hogar | Número de teléfono del médico |
| Nombre del portador de seguro | Número de identificación del seguro |

**CONDICIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

¿Tiene su hijo(a) algún problema **actual** de salud? (Favor de marcar todos los que aplican y háblenos acerca de ellos):

\_\_\_\_ Alergias **(que requieran medicina de emergencia)** \_\_\_\_ Asma o problemas respiratorios

\_\_\_\_ Problemas cardiacos (corazón) \_\_\_\_ Diabetes

\_\_\_\_ Trastorno convulsivo \_\_\_\_ Huesos o articulaciones

\_\_\_\_ Picadura de avejas **(que requiere medicina de emergencia)** \_\_\_\_ Otros problemas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de hablarnos más acerca del problema(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEDICINAS

*\*\*La enfermera escolar tiene que tener una orden* ***reciente*** *del doctor para la medicina en el archivo para que su hijo(a) pueda tomar la medicina en la excursión. Favor de comunicarse con la enfermera de la escuela de su hijo(a) para asegurarse que ha completado todos los formularios.*

Medicaciones que se necesitan llevar en la excursión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (iniciales) Mi hijo(a) no necesita ninguna medicación en las excursiones para este año escolar

**Doy mi permiso para que un médico u hospital provean el tratamiento adecuado incluyendo (pero no limitado a) medicaciones, inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo(a) como se menciona arriba.**

Esta información de salud es exacta y correcta hasta donde yo se. Mi hijo(a) tiene permiso para envolverse en todas las actividades con la excepción de lo que se indica arriba. En caso de que no me puedan localizar en una emergencia, autorizo a la escuela y/o sus agentes a autorizar el tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de salud disponible para prestar el tratamiento. Esta autorización debe extenderse también hasta e incluir hospitalización para los primeros auxilios cuando/donde sea necesario. Entiendo que seré responsable por el costo de todo tratamiento médico prestado en conexión con el viaje.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padres/Encargados Fecha

**Para uso de la enfermera escolar solamente**

No hay preocupaciones\_\_\_\_\_ Necesita que la enfermera asista\_\_\_\_ No hay órdenes/notas médicas \_\_\_\_\_ Ver enfermera 24/48 horas antes de la excursión\_\_\_\_\_ Students Ability to Administer Medication

Self-administration \_\_\_\_ Non-Self administration

Medical/Emergency Care Plan Yes (if so please provide plan) No

**Este formulario es propiedad del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester (“DECR”) y no se deberá usar si la excursión escolar no está autorizada y aprobada por el DECR. Este no puede ser modificado y para poder ser procesado y aprobado tiene que ser completado en su totalidad.**