



FIELD AND WALKING TRIP MEDICAL CONSENT FORM FOR SCHOOL YEAR

Parents/guardians must complete and return this form to the school nurse at least 7 days before the first field trip or walking trip of each school year and update this form if their child's medical condition changes

Table with 2 columns: Student Name, Date of Birth, Street Address with Zip Code, Doctor's Name, Home Telephone, Doctor's Telephone Number, Insurance Carrier's Name, Insurance Identification Number

STUDENT'S HEALTH STATUS

Does your child have any current health problems? (Please check all that apply and tell us about them):

- Allergies (that requires emergency medicine), Asthma/Breathing problems, Cardiac (Heart) problems, Diabetes, Seizure Disorder, Bones or Joints, Bee sting (that requires emergency medicine), Other problems?

Please tell us more about the problem(s)

MEDICINES

\*\*The school nurse must have a current doctor's order for medicine on file in order for your child to take medicine on the trip. Please contact your child's school nurse to make sure all medical forms are completed.

Medication that needs to be taken on the Field Trip:

(initials) My child doesn't need any medication on field trips for this school year.

I give permission to a physician or hospital to secure proper treatment including (but not limited to) medications, injections, anesthesia or surgery for my child as named above.

This health information is accurate and correct insofar as I know. My child has permission to engage in all activities except as noted above. In the event that I cannot be reached in an emergency, I authorize the school and/or its agents to authorize the treatment recommended by the health care provider available to render treatment. This authorization shall also extend to and include hospitalization for first aid where/when necessary. I understand that I will be responsible for the cost of all medical treatment render in connection with the trip.

Parent / Guardian Signature

Date

For School Nurse Use Only

No Concerns, Needs nurse to attend, No doctor orders/note, See nurse 24/48hrs before trip, Students Ability to Administer Medication: Self-administration, Non-Self administration, Medical/Emergency Care Plan: Yes (if so please provide plan), No

Parent input:

Nurse signature

Date

This form is the property of the Rochester City School District ("RCSD") and should not be used if the school field trip is not authorized and approved by the RCSD. It may not be modified and must be completed in full to be processed and approved.

This form is available on the WEB at http://www.rcsdk12.org on the "Health Services Forms for Parents" link.

SNS/Field Trip - Emergency Medical Info



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VIAJE DE CAMPO Y CAMINATA PARA
AÑO ESCOLAR

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

Table with 2 columns: Personal information (Nombre de estudiante, Dirección residencial con Zona Postal, Teléfono del hogar, Nombre del portador del seguro) and Medical information (Fecha de nacimiento, Nombre del médico, Número de teléfono del médico, Número de identificación del seguro).

ESTATUS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo algún problema de salud actual? (Favor de marcar todas las que aplican y háblenos de ellas):

- List of health conditions with checkboxes: Alergias (que requieren medicina de emergencia), Asma/Problemas respiratorios, Problemas cardíacos (Corazón), Diabetes, Trastorno convulsivo, Huesos y articulaciones, Picadura de abeja (que requiere medicina de emergencia), Otros problemas.

Favor de decirnos más acerca del(de los) problema(s)

MEDICINAS

\*\*La enfermera escolar tiene que tener una orden actualizada del médico de las medicinas en récord para que su hijo(a) pueda tomar las medicinas en el viaje. Favor de comunicarse con la enfermera de la escuela de su hijo(a) para asegurarse de que haya completado todos los formularios médicos.

Medicinas que necesita llevar en la excursión:

(iniciales) Mi hijo(a) no necesita ninguna medicina para las excursiones este año escolar.

Doy mi permiso para que un médico u hospital provea el tratamiento apropiado incluyendo (pero no limitado a) medicaciones, inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo(a) mencionado arriba.

Esta información de salud es exacta y correcta en la medida hasta donde conozco. Mi hijo(a) tiene permiso para involucrarse en todas las actividades con la excepción de las anotadas arriba. En el caso de que yo no pueda ser contactado en una emergencia, autorizo a la escuela y/o a sus agentes a autorizar el tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de salud disponible para proveer el tratamiento. Esta autorización también se deberá extender hasta e incluyendo hospitalización para los primeros auxilios donde/cuando sea necesario. Entiendo que yo seré responsable por el costo de todo el tratamiento médico prestado en conexión con el viaje.

Firma de Padres/Tutor Fecha

Para uso de la Enfermera Escolar Solamente (For School Nurse Use Only)

No Concerns Needs nurse to attend No doctor orders/note See nurse 24/48hrs before trip
Students Ability to Administer Medication: Self-administration Non-Self administration
Medical/Emergency Care Plan: Yes (if so please provide plan) No

Parent input:

Nurse signature Date