



Escuela de Ciencias al Aire Libre del Noroeste

Formulario de Consentimiento y Antecedentes Médicos del estudiante

((Por favor complete el formulario con tinta azul o negra) Confidencial, para uso exclusivo de los maestros y el personal de NOSS. Debe ser archivado y destruido por NOSS



Nombre del Alumno _____ Número de identificación del Alumno: _____

Escuela: _____

Al firmar a continuación, usted está dando consentimiento para que su estudiante asista a la Escuela al Aire Libre, y para que reciba atención de emergencia cuando sea necesario.

X _____ **Fecha** _____

Se requiere la firma del Padre/Madre o Tutor Legal

(Si el alumno tiene 18 años o más, puede firmar por sí mismo.)

Exclusión de Fotos: Si no desea que la imagen de su estudiante se utilice en material promocional marque esta casilla

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Contacto principal (tutor legal) Nombre: _____ Parentesco _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Contacto secundario (tutor legal) Nombre: _____ Parentesco _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (en caso de que no se pueda contactar al padre/madre o tutores

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre del médico del alumno: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y SANITARIA

Raza: (marque todas las que procesan) Asiática Negra o afroamericana Caucásica Hispana o latina

Indígena americana o nativa de Alaska Nativa de Hawái o isleña del Pacífico Otra: _____ Prefiero no responder

Fecha de nacimiento _____ **Edad** _____

Especifique cualquier actividad que no esté permitida, o cualquier prótesis u otro tipo de equipo de asistencia que traerá el estudiante _____

¿Su estudiante recibe actualmente servicios de la salud mental? Sí No En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene su alumno un IEP/504? Sí No

En caso afirmativo, cual es la razón: _____

Alergias conocidas: Alimentos (lista) _____ Estacionales Picadura de abeja Látex

Alergia a medicamentos (lista) _____ otros (lista) _____

Describa claramente el tipo de exposición que causa una reacción (aérea/tópica/por ingestión), el tipo de reacción posible y el tratamiento a administrar. _____

¿Esta alergia pone en peligro la vida? Sí No ¿Llevan epinefrina auto-inyectable (EPI pen)? Sí No

Necesidades dietéticas especiales (ejemplos: vegetariano, vegano, sin gluten, Halal, Kosher), etc.: _____

Necesidades sanitarias (marque todas las que procedan)

¿Su alumno sufre de asma? Sí No En caso afirmativo, envíe un inhalador con su estudiante para que lo lleve consigo.

Explique la frecuencia/severidad/tratamiento de los ataques

<input type="checkbox"/>	Afección intestinal/vejiga	<input type="checkbox"/>	Estado convulsivo
<input type="checkbox"/>	Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo
<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	Problemas de la visión
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	Otros Padecimientos crónicos o recientes o intervenciones quirúrgicas
<input type="checkbox"/>	Problemas de movilidad	(especifique):	
<input type="checkbox"/>	Lesiones físicas (recientes)		

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

MEDICAMENTOS – Los estudiantes traerán estos medicamentos a ODS.

Los medicamentos recetados y de venta libre deben estar en el frasco original. **Las vitaminas y los suplementos (p. ej., melatonina, multivitamínicos, Lactaid) requieren la nota de un médico.** Consulte la carta para el cuidador para obtener información detallada. El personal de NOSS no administrará los medicamentos/las vitaminas/los suplementos que no cumplan los requisitos.

Nombre del Medicamento y Dosis	Momento del día (p. ej., 8:30 a. m., 9:00 p. m.)	Finalidad del medicamento e instrucciones

Para facilitar los horarios de NOSS, ¿es posible hacer ajustes para suministrar los medicamentos hasta por una hora? Sí No

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE:

NOTA: Se enumeran las marcas, pero pueden sustituirse por su equivalente genérico. La epinefrina, el oxígeno, el Albuterol y la glucosa instantánea estarán disponibles en caso de una emergencia que amenace la vida de acuerdo con las órdenes vigentes del médico de la Escuela al Aire Libre.

NO ENVÍE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS YA QUE SE PROPORCIONAN EN EL CENTRO:

Analgésico sin aspirina (paracetamol, ibuprofeno)	Benzocaína (hisopos para picaduras de insectos)	Ungüento de hidrocortisona al 1% Loperamida (Imodium)
Antiácidos (Tums/ Gaviscon)	Caramelos para la tos/pastillas para la garganta (Chloraseptic/Cepacol)	Leche de magnesia Jabón Technu / Loción de
Antihistamínicos (Benadryl/ Zyrtec)	Jarabe para la tos (Guaifenesin)	Calamina

Indique los medicamentos que NO DESEA que su estudiante reciba:

PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Por el presente, doy mi permiso al personal autorizado de la escuela al aire libre para administrar medicamentos recetados, suplementos o medicamentos de venta libre indicados para el estudiante que se identifica anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar todos los medicamentos en los frascos originales con su etiqueta. Entiendo que mi estudiante tendrá la responsabilidad de presentarse ante el supervisor de salud en los horarios especificados para los medicamentos. Le doy mi permiso al personal autorizado de la escuela al aire libre para administrar los medicamentos de venta libre de la lista anterior según sea necesario. Reconozco que la administración de medicamentos por parte del personal de la escuela al aire libre es una adaptación que se implementará únicamente con mi solicitud. Renuncio a cualquier reclamo que tenga en este momento o que pueda tener en lo sucesivo contra Northwest Regional Education Service District y sus funcionarios y empleados que surja de la administración o de la incapacidad para administrar los medicamentos al estudiante indicado anteriormente, o de las reacciones adversas a tales medicamentos.

Marque estas casillas **ÚNICAMENTE PARA LAS EXCEPCIONES** a lo anterior.

EL CENTRO NO PROPORCIONA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

(solo se administrarán los medicamentos proporcionados por el estudiante)

NO ADMINISTRAR SANGRE NI HEMODERIVADOS (para uso exclusivo del hospital de emergencias)

X

Fecha _____

Se requiere de la firma del Padre/Madre o Tutor Legal

SI LA AFECCIÓN MÉDICA O LOS MEDICAMENTOS DE SU ESTUDIANTE CAMBIAN DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE UNA NOTA FIRMADA A LA OFICINA DE LA ESCUELA AL AIRE

