2025-2026 INFORMACIÓN MÉDICA/CONSENTIMIENTO DE VIAJE/ALERTAS DE SALUD

(Nombre del estudiante)

(Fecha de nacimiento)

(Calificación)

Por favor verifique si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones médicas:

S / N Alergias - Por favor enumere: _____

S / N Asma **S / N** Inhalador (En caso afirmativo, indique el tipo y la dosis): _____

*Certifico que mi hijo es competente para autoadministrarse un inhalador y solicito que lleve consigo un inhalador: **S / N**

S / N Diabetes **S / N** Convulsiones/Trastornos convulsivos

S / N Mi hijo tiene una pérdida auditiva documentada de treinta y cinco decibeles o más, sin ayuda, unilateral o bilateralmente.

S / N Mi hijo tiene condiciones de salud adicionales. En caso afirmativo, indique: _____

Medicamentos diarios:

Administrado en casa: _____

Administrado en la escuela: _____

Si es necesario administrar medicamentos en la escuela, será necesario completar la documentación adecuada. Comuníquese con la oficina de su escuela para obtener los formularios correctos. Los medicamentos deben entregarse en un frasco que muestre el nombre y número de teléfono de la farmacia, el nombre del estudiante, el nombre del médico y la dosis del medicamento.

Por favor marque los siguientes medicamentos que el personal de la escuela de Alcester-Hudson puede darle a su hijo, si es necesario:

_____ Tylenol _____ Ibuprofeno _____ Por favor llame antes de dárselos.

Nombre del médico de cabecera: _____ Número de teléfono del médico primario: _____

Autorización de viaje/actividad: Doy permiso para que mi hijo(a) de grado abandone las instalaciones escolares para asistir a excursiones escolar que sean parte de nuestras actividades y plan de estudios escolares. El distrito escolar se reserva el derecho de negar la participación debido a las pautas establecidas en el manual del estudiante.

Consentimiento para tratamiento médico: Soy el padre/tutor y participo en que asisten a clases y actividades cocurriculares en el Distrito Escolar de Alcester-Hudson. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico que pueda ser necesario mientras mi hijo está bajo la supervisión de un empleado del Distrito Escolar de Alcester-Hudson durante la clase o en una actividad patrocinada por la escuela y Por la presente nombro a dicho empleado para que actúe en nombre de mi hijo y obtenga el tratamiento médico necesario de cualquier proveedor médico debidamente autorizado. Acepto pagar todos los gastos incurridos en dicho incidente de acuerdo con la Política Escolar EBBA: Primeros Auxilios. La escuela es responsable de brindar primeros auxilios o tratamiento de emergencia solo en caso de enfermedad o lesión repentina a un alumno o miembro del personal. La atención médica adicional es responsabilidad del padre o tutor, o de la persona designada para emergencias, y en el caso de un miembro del personal, o del individuo.

Exención de seguro para padres: El Distrito Escolar de Alcester-Hudson NO proporciona ningún tipo de seguro médico o contra accidentes por lesiones sufridas por su hijo en la escuela. Recomendamos encarecidamente a las familias que tengan cobertura contra accidentes para sus hijos, antes de participar en cualquier deporte o actividad patrocinada por la escuela. Dado que los niños son particularmente susceptibles a sufrir lesiones, le recomendamos que revise su programa actual de seguro médico y de accidentes para determinar si su cobertura es adecuada.

HIPAA: La información médica identificada en el formulario puede ser utilizada o divulgada a la enfermera de la escuela, el entrenador deportivo, los entrenadores, los proveedores médicos y otro personal escolar involucrado en el cuidado de este estudiante. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la administración de la escuela. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Esta autorización vencerá el 1 de julio de 2025.

Al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores.

NOMBRE DEL PADRE (Por favor imprima)

FIRMA DE LOS PADRES

FECHA

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **TELÉFONO:** _____