

2023-2024 Información médica / Consentimiento de viaje / Alertas de salud

(Nombre del estudiante)

(Fecha de nacimiento)

(Grado)

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

S/N Alergias - Por favor enumere: _____

S/N Asma Y / 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: Y / N

Y / N Diabetes S/N Convulsiones/trastornos convulsivos

S/N Mi hijo ha documentado una pérdida auditiva de treinta y cinco decibelios o más, sin ayuda unilateral o bilateral.

S/N Mi hijo tiene problemas de salud. En caso afirmativo, sírvase enumerar: _____

Medicamentos diarios:

Administrado en casa: _____

Administrado en la escuela: _____

Si es necesario administrar medicamentos en la escuela, se deberá completar la documentación adecuada. Por favor, póngase en contacto con la oficina de su escuela para obtener los formularios correctos.

Los medicamentos deben proporcionarse en un frasco que muestre el nombre y el número de teléfono de la farmacia, el nombre del estudiante, el nombre del médico y la dosis del medicamento.

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

___ Tylenol ___ Ibuprofeno ___ Por favor, llame antes de dar.

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono del médico primario #: _____

Autorización de viaje/actividad: Doy permiso para mi hijo _____ Quién está en _____ grado, para salir de sus instalaciones escolares para asistir a excursiones escolares que forman parte de nuestras actividades escolares y plan de estudios. 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 de _____ que asisten a clases y participan en actividades co-curriculares en el Distrito Escolar de Alcester-Hudson. Por la presente, doy mi consentimiento para 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 designo a dicho empleado para que actúe en nombre de mi hijo para obtener el tratamiento médico necesario de cualquier proveedor médico debidamente autorizado. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos en tal incidente de acuerdo con la Política Escolar EBBA: Primeros Auxilios. La escuela es responsable de dar primeros auxilios o tratamiento de emergencia sólo en caso de enfermedad repentina o lesión a un alumno o un miembro del personal. La atención médica adicional en el caso de un alumno 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 parental: El Distrito Escolar de Alcester Hudson NO proporciona ningún tipo de seguro de salud o accidente por lesiones sufridas por su hijo en la escuela. Recomendamos encarecidamente a las familias que tengan cobertura de accidentes para sus hijos, antes de participar en cualquier deporte o actividad patrocinada por la escuela. Dado que los niños son particularmente susceptibles a las lesiones, le recomendamos que revise su programa actual de seguro de salud y 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, entrenador atlético, entrenadores, 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 ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Esta autorización expirará el 1 de julio de 2024.

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

PADRE/TUTOR SIGNATURE

FECHA

EMERGENCIA CONTACTO: _____ TELÉFONO: _____