

HOJA DE EMERGENCIAS Y MEDICAMENTOS PARA EL ESTUDIANTE QUEDARSE LA NOCHE

Fecha/Duración del Viaje: _____
Teléfono: _____

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Núm. del Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de la Madre/Guardián: _____ Núm. del Trabajo: _____ Celular: _____

Si no estoy disponible en caso de una emergencia, las siguientes personas podrán tomar decisiones por mí y/o asumir custodia temporera si es necesario.

Vecino o familiar	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Beeper/Celular

Médico: _____ Teléfono: _____ Hospital Preferido: _____

- ¿Autoriza Ud. que un empleado certificado del distrito o un nombrado del Director que le de acetaminophen (sustituto sin aspirina) **Sí** _____ **No** _____
- Especifique problemas de salud/alergias _____
- ¿Esta su hijo bajo medicamento diario? **Sí** _____ **No** _____ (Llene el consentimiento abajo, para dar medicina.)
- Límites, preocupaciones u otra información: _____
- Proveedor de Seguro: _____ Número de Grupo: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO:

En caso de que se enferme o lastime mi hijo mientras este en éste viaje/actividad, por la presente, declaro mi consentimiento para cuidado médico o dental que sea considerado necesario por el proveedor de salud o dentista de turno. Mi hijo podrá ser examinado y cualquier procedimiento necesario (médico, dental o quirúrgico) anestesia, o procedimientos diagnósticos (laboratorio o rayos-x) podrán ser llevados a cabo bajo la supervisión de un miembro del hospital o personal de la oficina médica brindando tales servicios. Además, reconozco que soy responsable por las cuentas de cualquier gasto médico, dental, de ambulancia u otro gasto de cuidado de salud o de transportar mi hijo a casa, cual podría ocurrir como resultado de tal enfermedad o lastimadura. Comprendo que las Escuelas Públicas de Mesa no provee cobertura médica/dental de accidentes para los estudiantes con lastimaduras/enfermedades ocurriendo mientras están de viajes/en actividades. Reconozco también, que si no tengo seguro médico familiar, puedo obtener seguro de accidentes a través de la Gestión de Riesgo. Comprendo que, en caso de otra enfermedad o lastimadura menor, harán esfuerzos razonables para contactarme.

CONSENTIMIENTO PARA DAR MEDICAMENTO:

Por la presente, pido y doy mi consentimiento para que un empleado certificado del distrito o un nombrado del Director vea que mi hijo reciba la medicina según anotado abajo:

MEDICAMENTO	MÉDICO	DIAGNÓSTICO/RAZÓN POR DARLE	HORA DE DARLE	FECHA DESDE	FECHA HASTA

Recetas médicas deben estar en el envase original según preparadas por el farmacéutico y con etiquetas, incluyendo el nombre del paciente, nombre de la medicina, dosis y horario a darse. Una medicina de tienda sin receta, debe estar en el empaque original con todas las direcciones, dosis.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____