

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_

**Mount Hermon Outdoor Science School**

**Forma de Prescripción Medica**

Todas los medicamentos y copias de esta forma deberan ser colocadas dentro de un sobre o bolsa de almacenamiento sellado con etiqueta y nombre claro con el primer nombre y apellido del estudiante y debera ser entregado al profesor de la clase el lunes, antes de abordar el Bus hacia Outdoor school. Los profesores son responsables de traer cualquier y todos los medicaments a la enfermera. Ningún medicamento debera llegar al la escuela de ciencia dentro del maletin o maleta del estudiante.

*\* Para ser llenado solo y cuando un estudiante o consejero menor de 18 años trae medicina prescrita al la escuela de ciencia.*

- I. Educación Codigo 49423 requiere:
  - A. Orden firmada por el médico o padre autorizado. (Use la forma abajo)
  - B. Permiso del padre firmado por el medico del campamento o director para asistir en cumplir las instrucciones del medico.
  - C. Medicamentos en botellas de la farmacia marcados con el nombre del niño, dosis y nombre genérico de la droga. (Pida al farmaceutico dos botellas de medicamento: una para la casa y la otra para la escuela de Ciencia) No envíe OTC (Medicamentos que compra en la farmacia sin prescripcion) a la escuela al menos que sea prescrita por un doctor. (Vea la forma de emergencia de salud) Ningún medicamento sin etiqueta marcada sera administrado.
- II. Educación codigo 49480 le otorga a la escuela perimiso medico con el consentimiento de los padres para comunicarse con el medico y aconsejarse con el personal de la escuela de ciencia en relación a los posibles efectos del medicamento.
- III. Porfavor firme debajo. Su firma significa su consentimiento requerido por el codigo educativo 49423 y 49480.

**Padre/ firma del guardian**

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Llenado por el medico: Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tiene medicación para ser tomada en Outdoor Science School

MEDICACION: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

PRECAUCIONES, INSTRUCCIONES ESPECIALES, POSIBLES EFECTOS ADVERSOS, COMENTARIOS.: \_\_\_\_\_

Firma del fisiatra: \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Llenado por el padre/ Guardian:**

\_\_\_\_\_ Tiene mi permiso para tomar los siguientes medicamentos en Outdoor Science School y para que los enfermeros o director asista y/o le permita tomar los siguientes medicamentos como lo indicado por:

\_\_\_\_\_

Padre/firma del guardian

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Profesor \_\_\_\_\_

### Mount Hermon Outdoor Science School

### Forma de Informacion en caso de Emergencia

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Maculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Padre/Nombre del guardian \_\_\_\_\_ Telefono de la casa ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de la casa del estudiante \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del padre ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular del padre ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo de la madre ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular de la madre ( ) \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Teléfono durante el dia ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono en la tarde ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

### Mount Hermon Outdoor Science School

### Forma de Informacion de salud y Emergencia

Page 2 of 2 (+ 3: Prescription Medication Form if applicable.)

**2. Llene la forma completamente. Porfavor explique las preguntas con asterisco(\*) en el espacio siguiente. Si “ en el pasado” esta marcado, porfavor ponga una fecha al lado. marked,**

#### Condiciones medicas:

Sangrado/desorden de coagulación \* \_Si \_No \_En el pasado.

Asma ( Grado de severidad)\* \* \_Si \_No \_En el pasado

o Inhalador \* \_Si \_No \_En el pasado Ear T rouble\* \_Si \_No \_En el pasado

Problema de los ojos\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Dolores de estomago \_Si \_No \_En el pasado

Tuberculosis \* \_Si \_No \_En el pasado

Bronquitis \* \_Si \_No \_En el pasado

Diabet es\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Enfermedad del riñon\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Defectos del corazón\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Compromiso inmune\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Tratamiento psiquiatrico\* \* \_Si \_No \_En el pasado t

Convulciones/epilepcia \* \* \_Si \_No \_En el pasado

Sonambulismo \* \_Si \_No \_En el pasado

Moja la cama \* \_Si \_No \_En el pasado

Mareos en el carro \* \_Si \_No \_En el pasado

Problemas menstruales \* \* \_Si \_No \_En el pasado

Otras condiciones médicas \* \* \_Si \_No \_En el pasado

Otras enfermedades \* \* \_Si \_No \_En el pasado

#### Alergias (estado de severidad abajo)

Fiebre del heno\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Poison Oak\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Cualquier enfermedad tropical \* \* \_Si \_No \_En el pasado

Alergias a medicamentos\* \* \_Si \_No \_En el pasado  
Avejas (severidad )\* \* \_Si \_No \_En el pasado  
Insectos (estado de severidad y tipo de insecto)\* \* \_Si \_No \_En el pasado  
Nueces (severidad/tipo)\* \* \_Si \_No \_En el pasado  
Lat ex\* \* \_Si \_No \_En el pasado  
Otro\* \* \_Si \_No \_En el pasado  
O lleva Epi Pen por alguna razón ?\* \* \_Si \_No \_En el pasado

Nota: Si su hijo(a) lleva un epiPen, porfavor envíe 2 kits de epinephrinas con su hijo(a). Ambos serán devueltos.

Ultima inyección de tetano Ultimo examen

Dat e\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dat e\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*Porfavor explique severidad** y/o cualquier condición, enfermedad o alergias marcadas “Si”

---

---

---

---

**3. Considera usted que su hijo goza de buena salud en general?** Si \_No

**4. Existen restricciones en la actividad fisica de su hijo(a)?** \_Si \_No

Puede su hijo(a) ir a nadar? \_Si \_No sus iniciales \_\_\_\_\_

(3 y/o 4) describa si es el

caso \_\_\_\_\_

**5. Su hijo tiene alguna alergia severa? Porfavor haga una lista** \_\_\_\_\_

---

---

**6. Su hijo(a) tiene alguna restricción de alimentos( ejemplo: vegetariano/vegan/religioso) o alergias moderadas a algunas Porfavor haga una lista** \_\_\_\_\_

---

---

**Nota: La cocina hara lo mejor para proveer** los alimentos para necesidades especiales. En todo caso, si su hijo(a) tiene la necesidad de una extensa dieta, porfavor contacte al professor y de averigüe el menu ya que usted podría necesitar hacer preparaciones de comida y enviarlas para la semana de su hijo(a) al O.S.S.

## INFORMACION DE SEGUROS

**\* Una copia del frente y detras de la credencial del seguro de los padres debera ser incluida con esta forma.\***

Nombre dela compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Grupo/Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Haga un circulo: HMO PPO o otra: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre del niño

Nombre del fisiatra \_\_\_\_\_ Facilidad Medica \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**Si no existe seguro o Plan de cuidado de salud porfavor lea y firme lo siguiente:**

Yo autorizo el pago de cualquier cargo medico por fisiatra o proveedor por servicios descritos. Yo autorizo a cualquier fisiatra que ha atendido a mi hijo o que lo podría atender o a cualquier hospital donde el( ella) han sido vistos como pacientes, o cualquier otra asociación individual que habría podido darle tratamiento medico o provisión a reveler cualquier información a la Compañia de Seguros Hartford y de accidents. My consentimiento es presente y concedido para usar este original o copia como misma autorización valida.

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_