

SS 505-SP

**EDMONDS SCHOOL DISTRICT**  
**Formulario de Salud para Campamentos y Escuela al Intemperie**  
**(Health Form for Camps and Outdoor School)**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Padres/tutores \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Marque si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones:

- |                                       |  |   |  |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma         | <input type="checkbox"/> Alergias a medicina/alimentos | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos              | <input type="checkbox"/> Convulsiones        |
| <input type="checkbox"/> Moja la cama | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno               | <input type="checkbox"/> Alergias a picaduras de insectos | <input type="checkbox"/> Sonámbulo           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Pérdida de oído               | <input type="checkbox"/> Trastornos menstruales           | <input type="checkbox"/> Pérdida de la vista |

Otro \_\_\_\_\_

Proveedor de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # de póliza/grupo #: \_\_\_\_\_

Si marco la opción de arriba, por favor explique detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_

**Si su hijo tiene algún síntoma de enfermedad o ha sido expuesto a una enfermedad transmisible y puede que esté en una etapa infecciosa, él o ella necesitarán quedarse en su casa.**

**MEDICAMENTOS:**

**TODOS** los medicamentos (con y sin receta médica) que sean resguardados por el personal escolar deberán estar en el envase de la farmacia o del fabricante del medicamento. Por favor haga una lista de todos los medicamentos que su hijo **debe** tomar en la parte de atrás de este formulario. Comuníquese con su profesional con licencia de médica o de salud para completar su sección del medicamento en el formulario antes de regresarlo a la escuela.

Mi hijo puede auto-administrarse (por favor marque la opción: Bloqueador solar \_\_\_\_ Repelente contra insectos \_\_\_\_). Para prevenir lastimadura en los ojos, por favor envíenos bloqueadores e insectos que no sean de aerosol.

**CONDICIONES DE SALUD QUE AMENAZAN A LA VIDA:**

Si un estudiante tiene una condición médica que pone en riesgo su vida (como diabetes, trastornos convulsivos, alergias severas, etc.), se compartirá, solo a los que no “necesiten saber”, con el personal del campamento la información básica de cómo cuidar del estudiante.

**AUTORIZACIÓN MÉDICA:**

En el evento de un accidente o enfermedad, entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para contactar a los padres o tutores de manera inmediata. Sin embargo, si no estoy disponible, autorizo al distrito escolar de asegurar el cuidado médico de emergencia conforme se necesite.

Firma de padres o tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización para la administración  
de medicamentos para campamentos y la escuela a la intemperie  
(Authorization for Administration of Medication for Camps and Outdoor School)**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_

El medicamento ordenado es para dárselo al estudiante en la escuela solamente cuando sea absolutamente necesario.

**Esta porción será llenada por un Profesional con Licencia en Cuidados Médicos (LHCP)  
(por ejemplo, MD, DO, ARNP, DDS, etc.)**

Diagnóstico (Diagnostic)	Medicamiento (Medication)	Dosis (Dosage)	Ruta (Route)	Tiempo/intervalo de condición/síntoma (Time/Condition interval/symptom)	Lo porta y aplica* (Self- portable)	Efectos secundarios (Side effects)
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	

**\*Si marca "sí" en "Lo porta y aplica" indica que el LHCP le ha dado instrucciones del propósito, método y frecuencia adecuadas de su uso, y que el estudiante es capaz y seguro de portarlo y administrárselo.**

Solicito y autorizo que el estudiante mencionado arriba reciba los medicamentos indicados de acuerdo con las instrucciones señaladas a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y sin exceder el año escolar en curso o la fecha de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Firma de LHCP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de LHCP: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de LHCP: \_\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SECTION CAN ONLY BE COMPLETED BY A HEALTH CARE PROVIDER WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY  
ESTA SECCIÓN PUEDE SER SOLAMENTE COMPLETADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON AUTORIDAD PARA RECETAR**

**Permiso para padres/tutores**

El medicamento que voy a proporcionar está en su frasco original, etiquetado por la farmacia con el nombre del medicamento, la cantidad a tomarse y la hora del día para aplicarse. El nombre del profesional con licencia en cuidados médicos se encuentra en la etiqueta. Si queda medicamento después del curso del tratamiento, recogeré dicho medicamento de la escuela o entiendo que será destruido.

Firma de los padres/tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante (Self-Carrying-que lo portará y aplicará): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_