

# Formulario de Salud y Permiso al Deep Portage

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de Padres o Guardián \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

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

Nombre de seguro de salud \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Nombre/Teléfono de Clínica \_\_\_\_\_

## INFORMACION ACTUAL DE SALUD – Por favor conteste todo lo que se aplica a este estudiante

- Asthma, que lo causa \_\_\_\_\_  
¿Tratamiento actualmente usado? \_\_\_\_\_
- Diabetes, por favor use la parte de atrás del papel para describir la insulina, meriendas y cuando llamarle.
- Dietas especiales, o alergias a comidas, por favor describa \_\_\_\_\_
- Otras alergias, lístelas \_\_\_\_\_ Su niño lleva con el/ella epinephrine? \_\_\_\_\_
- Desorden de sangrar, describa \_\_\_\_\_  
¿Cual es el tratamiento? \_\_\_\_\_
- Ataques, liste la medicación y cuando se usa \_\_\_\_\_
- Condición de Músculo-hueso, Liste \_\_\_\_\_  
¿Cual es el tratamiento? \_\_\_\_\_
- Restricción de enfermedades, describa \_\_\_\_\_
- Condición del Corazón, describa \_\_\_\_\_  
¿Cual es el tratamiento? \_\_\_\_\_
- Problemas de dormir, por favor circule: moja la cama - camina dormido - otro \_\_\_\_\_
- Otro, que? \_\_\_\_\_
- Fecha de la ultima antitetánica (Tetanus Booster) \_\_\_\_\_

## MEDICACIONES ACTUALES:

- **Por favor liste todas las prescripciones medicas que su hijo/hija debe tomar en el Deep portage**  
Incluya inhalers/alupen, nebulizador, Ritalin, etc. (use la parte de atrás si necesita)  
*Todas las medicinas de prescripción deben estar en un frasco farmacéutico actual con nombre en etiqueta.*

### Medicación #1

Nombre de medicación \_\_\_\_\_ Razón de dársela \_\_\_\_\_

Cantidad de darle \_\_\_\_\_ ¿a que hora? \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que la receto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Medicación #2

Nombre de medicación \_\_\_\_\_ Razón de dársela \_\_\_\_\_

Cantidad de darle \_\_\_\_\_ ¿a que hora? \_\_\_\_\_

Nombre el doctor que la receto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

- **Tomara medicación sin prescripción, solo de la farmacia para el viaje a Deep Portage.**

Incluya Tylenol, Ibuprofen, Sudafed

Nombre de medicación \_\_\_\_\_ Razón de dársela \_\_\_\_\_

¿Que cantidad? \_\_\_\_\_ ¿A que hora? \_\_\_\_\_

*Todas las medicaciones traídas de la casa deben venir en su frasco original.*

*No se les dará aspirina. El niño recibirá solo la dosis recomendada.*

*Por favor voltee el formulario y continúe...*

# Formulario de Salud y Permiso al Deep Portage

*Por favor continúe...*

## **PERMISO Y AUTORIZACION DE EMERGENCIA : Para el estudiante que aparece arriba:**

- 1) El estudiante tienen mi permiso de participar en actividades en el Deep Portage.
- 2) El personal tiene mi permiso de darle las medicinas mencionadas arriba.
- 3) El personal de Deep Portage tienen permiso de transportar al estudiante por razones educacionales o de emergencia.
- 4) Permiso es dado, en caso de una emergencia medica al doctor seleccionado por el maestro del niño o por el personal de Deep Portage para hospitalizar, asegurar tratamiento, inyectar, Anestesia o cirugía al estudiantes. Yo entiendo que todo esfuerzo será hecho para contactarme a los numeros de telefonos pensionados arriba o si no me pueden conseguir llame a:  
Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
**Instrucciones contrarias o adicionales de información de salud debe ser anexada a este formulario.**
- 5) Yo creo que todas las precauciones serán tomadas para el cuidado y supervisión del estudiante. Yo no hare responsable al personal del deep Portage, maestros o ayudantes/chaperones

Firma de Padres/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Espacio para información adicional:**