Formulario de Permiso para Viaje y Formulario Medico

Campus: _____
Org. _____
Academic Year: **2023-2024**

Uso del Personal:
Allergies: _____
_____
Asthma Inhaler: _____
Epi Pen: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Hombre/Mujer
(Apellido, Primer Nombre) (Circular Uno)

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Instrumento: _____ Grado: _____

Padre/Tutor:
Nombre(s):_____

E-mail: _____

Dirección Completa: _____
Numero Telefonico(s): Favor de escribir los numeros en donde puede ser localizado……
Casa(_____)_____ Trabajo (_____)_____ Celular (_____)_____

Contacto de Emergencia: (Que no sea el padre/tutor.)

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección Completa: _____

Numero Telefonico(s): Casa(_____)_____ Trabajo (_____)_____ Celular (_____)_____

Información Medica:

Nombre del Doctor: _____ Numero telefonico: (_____)_____

Nombre de aseguranza de salud: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____ Numero de Póliza:_____

Historia Fisica:

Nombrar problemas médicos especiales: (asma, diabetes, alergias/anafilaxia, convulsiones etc.):
_____
_____

Nombrar alergias de alimentos/medicamentos etc:_____

El participante carga medicamentos en su persona?(Si la respuesta es si, favor de indicar y explicar aqui):
_____

Su niño tiene una condición medica que requiere una receta medica que necesite ser acompañada y posiblemente administrada en los viajes escolares? _____ Si / _____ No

Si la respuesta es si, favor de llenar el Formulario de Autorización de Medicamentos Recetadas.

Permiso:

En caso de una lesión/enfermedad que requiera atención medica, por la presente concedo permiso al maestro supervisor y/o al personal para atender a mi hijo/a. Si la lesión/enfermedad requiere más atención médica, espero que se haga todo lo posible para ponerse en contacto conmigo para recibir mi autorización específica antes de tomar medidas. Si los esfuerzos para contactarme no tienen éxito, concedo permiso para recibir el tratamiento médico que sea necesario. Además, también doy mi permiso para que el maestro supervisor y/o el personal transporte a mi hijo al médico, dentista, clínica o al hospital si ocurre un accidente o enfermedad grave en el viaje y no puedo ser localizado. Entiendo que el tratamiento no se retrasará en caso de que no pueda ser contactado. Entiendo y acepto que yo, y/o los otros padres/tutores legales de mi hijo, son responsable de todos los gastos médicos incurridos en el tratamiento de mi hijo(a).

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

La información proporcionada en este formulario se tratará de manera confidencial. La información proporcionada en este formulario se compartirá con el personal según sea necesario para mantener la seguridad de su hijo.

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido, Primer Nombre)

Autorización de medicamentos sin recetas/O de venta libre (OTC):

Le doy a los representantes de Pflugerville ISD, incluyendo personal y chaperones voluntarios, permiso para administrar medicamentos "de venta libre" incluyendo, pero no limitado a, los siguientes medicamentos, a petición de mi hijo. Entiendo que el personal de PfISD no administrará medicamentos si este formulario no está completo.

_____ NO doy mi consentimiento al personal para administrar cualquier medicamento sin receta a mi estudiante.

_____ Doy mi consentimiento al personal para administrar medicamentos sin receta a mi estudiante como se inicializa a continuación:

Por favor, ponga sus iniciales a todos los medicamentos aprobados que se pueden administrar:

_____ Ibuprofeno _____ Acetaminofeno _____ Antihistaminico

_____ Anti-Diarreico _____ Antiácidos _____ Pastillas para la tos

_____ Pomada antibiótica (tópica para cortes y/o rasguños) _____Crema de Hidrocortisona (para alivio tópico de la picazón/erupción)

¿Su hijo es alérgico a los antibióticos tópicos? Sí/No

Los medicamentos "de venta libre" QUE NO se deben administrar a mi hijo incluyen:

_____

_____

Firma del Padre/Tutor: _____ *Fecha:*_____

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido, Primer Nombre)

Formulario de Autorización de Medicamentos Recetadas:

Solicito que un representante de PfISD, incluido el personal, administre el siguiente medicamento a mi hijo de acuerdo con las instrucciones del médico durante esta excursión. Estoy de acuerdo en proporcionar una cantidad adecuada de medicamentos en el recipiente original en el momento del viaje. **Todos los medicamentos deben estar en sus envases debidamente etiquetados con nombre, dosis, frecuencia de administración claramente indicada. Los estudiantes solo pueden autoadministrar inhaladores y epi-pens con los formularios apropiados registrados en el distrito, y deben estar firmados por un médico y las etiquetas de prescripción deben estar actualizadas.** *Los medicamentos que se administraran Según Sea necesario (o PRN) deben tener la frecuencia de dosis indicadas en las ordenes.* ***No se pueden administrar medicamentos caducados/vencidas.*** *Se puede obtener un segundo envase etiquetado si usted le pide un segundo envase a su farmacéutico. Adjunte otra hoja de papel si es necesario para continuar con los medicamentos.* ***La primera dosis de cualquier medicamento recetado nuevo debe administrarse en casa.***

Medicamentos

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

_____
Firma/Iniciales del Administrador

*Administrado por el personal en el viaje

Medicamentos (cont.)

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido, Primer Nombre)

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

Nombre del medicamento: _____ Dosis:_____ Tiempo: _____
Padre notificado: _____
Efectos secundarios reportables: _____

Fecha														
Tiempo/Inicial														

_____
Firma/Iniciales del Administrador

*Administrado por el personal en el viaje