

Distrito Escolar de Bellevue
Procedimiento 2320P Documento E

**FORMULARIO DE SALUD DE EMERGENCIA FUERA DEL ESTADO
O DE VIAJE NOCTURNO**

Para ser llenado por el padre o guardián del estudiante asistiendo a una excursión fuera del estado o viaje nocturno o campamento y ser devuelto al empleado responsable del Distrito Escolar de Bellevue a más tardar el: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero estudiante DEB#: _____

Nombre del padre o guardián: _____

Dirección del Casa: _____

Teléfonos: Casa: _____

Trabajo# (Padre 1) _____ Celular #: _____ Correo electrónico: _____

Trabajo# (Padre 2) _____ Celular #: _____ Correo electrónico: _____

Nombre, dirección y teléfonos de dos personas que se puedan contactar en caso de emergencia si el padre o guardián no pueden ser localizado (parientes, amigos cercanos). Estas personas pueden proveer información referente a donde se pueda localizar al padre o guardián, o pueden pedirles que den consejo o permiso para cuidado médico. **Por favor notifique a estas personas que sus nombres han sido proporcionados para este fin.**

1) Nombre: _____ 2) Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Correo: _____ Correo: _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

En el caso de que yo/nosotros no podamos ser contactados para autorizar tratamiento médico de emergencia para _____ (*nombre del estudiante*) durante su participación en el campamento/excursión, el miembro del personal del Distrito Escolar de Bellevue en cargo del cuidado médico tiene mi permiso para autorizar tratamiento médico de emergencia. Yo también doy permiso para que el personal de la escuela transporte a mi hijo a un centro de tratamiento médico si es necesario.

Firma del padre o guardián _____ Fecha: _____

Necesario en caso de emergencia:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular: _____

Póliza No. _____

Información de salud: Las siguientes condiciones de salud pueden ser preocupantes. Si su hijo tiene una o más condiciones, por favor describa.

Condición	Por favor describa lo que sucede
Sangrado anormal	
Alergias	
Por favor, marque el tipo de alergia: alimentos, insectos, medicamentos, ambiental, otros	
Diabetes	
Problemas cardíacos /circulatorios	
Convulsiones	
Problemas intestinales (incl. dolores estomacales frecuentes, estreñimiento, diarrea, indigestión, etc.)	
Problemas respiratorios (incluyendo asma, bronquitis)	
Problemas urinarios (incluyendo mojando la cama)	
Otro, por favor indique	

¿Es su hijo físicamente capaz de participar en todas las actividades del Viaje? SI NO

Si no, ¿qué limitaciones son necesarias? _____

¿Su hijo necesitará tomar medicamentos en el viaje, como medicamentos diarios y/o como medicamentos como un inhalador, analgésico o para alegrías? Sí No

En caso afirmativo, por favor siga estos pasos:

- Todos los medicamentos (recetados o de venta libre) debe tener un formulario de autorización de medicación firmado por un médico y un padre (por favor, consulte [3416P Anexo A – Forma Autorización de Medicación](#)).
- La Forma Autorización de Medicación debe Ser adjunto a la Forma de Permiso para su revisión por la enfermera de la escuela.
- Si usted estudiante es capaz de llevar con si mismo o auto administrarse, la Forma Autorización de Medicación todavía será necesaria – firmada y adjunto.
- Si el viaje se llevara dentro del estado de Washington, el formulario de autorización de medicación será retenido y los medicamentos serán dados por el empleado de DEB que este supervisando el viaje. Si el viaje está fuera del estado de Washington, por favor hable con la enfermera de la escuela tan pronto posible.
- Los medicamentos con receta deben enviarse en el recipiente original de la farmacia. Los medicamentos de venta libre se deben enviar en el recipiente minorista original con el nombre del estudiante, la dosis y el horario.

He revisado y entendido lo anterior información:

Padre Firma: _____

Fecha: 2.19.19