



Distrito De Servicio Educativo Regional del Noroeste

5825 N.E. Ray Circle, Hillsboro, OR 97124, 503-614-1402

Forma de Historial Medico y Consentimiento de los Padres

ESCUELA AL AIRE LIBRE (ODS)

Toda la información de este formulario debe ser completada y firmada por el padre/madre o tutor legal. Por favor complete el formulario debidamente y devuélvala al maestro/ a de su hijo/ a tan pronto como sea posible – A MAS TARDAR TRES SEMANAS antes de la partida de su hijo con la Escuela al Aire Libre. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con el maestro/ a de su hijo/ a o llame a la Oficina de Escuela al Aire Libre al 503-614-1402 o envíe un fax al 503-614-3182.

SI EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO O SUS MEDICAMENTOS CAMBIAN DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, SEA TAN AMABLE DE ENVIAR UNA NOTA FIRMADA AL SUPERVISOR MÉDICO DE LA ESCUELA AL AIRE LIBRE

NOMBRE DEL ALUMNO _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Genero (elijá uno): M F X

Contacto Principal (Padre/Tutor) Nombre: _____ Parentesco _____

Teléfono Principal: _____ móvil/casa/trabajo (elijá uno) Teléfono Secundario: _____ móvil/casa/trabajo (elijá uno)

Contacto Secundario (Padre/Tutor) Nombre: _____ Parentesco _____

Teléfono Principal: _____ móvil/casa/trabajo (elijá uno) Teléfono Secundario: _____ móvil/casa/trabajo (elijá uno)

DOMICILIO DEL ALUMNO: (Calle) _____ (Apt #) _____ (Ciudad) _____ (CP) _____

ESCUELA: _____ **NOMBRE DEL MAESTRO** _____

Contacto de Emergencia (en caso de que ninguno de los padres/tutores esté disponible) _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre del Médico del Alumno: _____ Teléfono: _____

INFORMACION MEDICA Y DEL ESTADO DE SALUD

Por favor, indique cualquier problema o condición médica reciente, lesión o exposición a cualquier enfermedad infecciosa u hospitalización (por ejemplo, varicela, conjuntivitis, COVID, piojos, faringitis estreptocócica, etc.) _____

¿Está su hijo/a vacunado/a contra el COVID-19? No Sí

En caso afirmativo, indique el fabricante _____ y las fechas de las dosis _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos (si la sabe) _____

Especifique cualquier actividad que no esté permitida, o cualquier prótesis u otro tipo de asistencia de la que se vaya a disponer. _____

¿Su hijo tiene un trastorno social/emocional? No Si, por favor describa: _____

¿Su hijo padece de asma? No Si En caso afirmativo, ¿el alumno deberá llevar consigo el inhalador en todo momento?

Explique la frecuencia/severidad/tratamiento para los ataques _____

Alergias Conocidas: Alimentos (anote) _____ Fiebre del Heno Picadura de Abeja Látex

Alergias a Medicamentos (anote) _____ Otras (anote) _____

Describa claramente el tipo de exposición que causa una reacción (aérea/tópica/por ingestión), el tipo de reacción posible y el tratamiento dado. _____

¿Su hijo padece de alguna enfermedad crónica? Diabetes Epilepsia Otra (anote) _____ (**por favor llame a la oficina de ODS**)

¿Su hijo/a requiere de una dieta especial? No Si explique En caso afirmativo, explique (**por favor llame a la oficina de ODS si la alergia pone su vida en peligro**): _____

Elija alguna razón que justifique que le asignen una litera de abajo: Orina la cama Orina frecuentemente Es sonámbulo

Padece de Convulsiones.

¿Ha estado expuesto a enfermedades infecciosas en las últimas dos semanas? (es decir, varicela, conjuntivitis, faringitis estreptocócica, piojos, etc)?

INSTRUCCIONES PARA MEDICAMENTOS, VITAMINAS, SUPLEMENTOS Y REMEDIOS HERBALES

1. Todos los medicamentos deberán ser entregados al maestro del salón de clases antes de la salida. **No** empaque los medicamentos en el equipaje de su hijo.
2. Los medicamentos recetados y los de venta libre deberán estar en su envase original y colocados en una bolsa con cierre (zip lock) con el nombre en la parte exterior. Por favor no mezcle los medicamentos. Cada tipo de medicamento deberá estar empacado por separado. Su farmacéutico le proporcionará contenedores pequeños y etiquetados si así lo solicita. La etiqueta del farmacéutico constituye la orden del médico para la dispensación del medicamento
3. Los medicamentos de venta libre sin receta que se envíen desde el hogar **deberán estar en el envase original etiquetado** y deberán ir acompañados de **instrucciones escritas** de los padres. Por favor **NO** envíe los medicamentos detallados en la lista de medicamentos sin receta de la Escuela al Aire Libre (al reverso de este formulario)
4. Para los medicamentos sin receta (incluyendo vitaminas, suplementos y remedios herbales como la melatonina) que no estén aprobados por la Administración Federal de Fármacos, se requerirá de una orden escrita por parte del médico del alumno que incluya el nombre del alumno, el nombre del medicamento, la dosis, el método de administración, la frecuencia de administración, una declaración de que el medicamento debe ser administrado mientras el alumno está en la Escuela al Aire Libre, cualquier otra instrucción especial y la firma del médico. (<https://goo.gl/ovHkBg>). Aquellos que otorguen la receta para el medicamento sólo pueden ser doctores en medicina u osteopatía, médicos asistentes, enfermeras registradas de práctica avanzada con autoridad para recetar, dentistas, optometristas, médicos naturistas y farmacéuticos
5. El Supervisor de Salud de la Escuela al Aire Libre administrará todos los medicamentos.
6. Se recomienda que los alumnos que deban llevar consigo inhaladores para asma, epinefrina, u otros medicamentos de emergencia, traigan medicamento de respaldo para guardarlo en la estación del supervisor médico.
7. Todos los medicamentos y envases serán devueltos al maestro del salón de clases al final de la semana

¡NO ESTAREMOS EN CAPACIDAD DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DESCRITOS ANTERIORMENTE!

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MEDICAMENTOS – Los alumnos traerán estos medicamentos a ODS.

Nombre del Medicamento y Dosis	Hora	Propósito del Medicamento e Instrucciones Especiales

Para facilitar los horarios de ODS, ¿es posible hacer ajustes para el suministro de medicamentos hasta por una hora? Si No

MEDICAMENTOS QUE NO REQUIEREN RECETA MEDICA

El médico consultor de la Escuela al Aire Libre ha emitido órdenes que permiten la dispensación de medicamentos comunes de venta libre. Estos medicamentos serán administrados al alumno, según sea necesario, de acuerdo con las órdenes permanentes del médico.

NOTA: Los nombres de marca han sido listados pero su equivalente genérico (el mismo medicamento de una marca diferente) podría ser sustituido. Epinefrina, oxígeno, Albuterol y glucosa instantánea estarán disponibles en caso de una emergencia que amenace la vida de acuerdo con las órdenes permanentes del médico de la Escuela al Aire Libre.

NO ENVÍE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS, YA QUE ESTOS PODRÁN SER SUMINISTRADOS EN EL SITIO:

Analgésico sin aspirina (Acetaminofén, Ibuprofeno, Midol)	Antiácidos (Leche de Magnesias, Gaviscon, (Tums)	Benzocaína (Cotonetes para picadura de insecto)
Antihistamínicos/Descongestionantes (Benadryl)	Carmex (Para labios resacos)	Imodium (Diarrea)
Jarabe para la Tos (Guaifenesin)	Limpadores Antisépticos (Hibiclens)	Loción para la Piel (Calamina)
Pastillas para la Garganta (Chloraseptic/Cepacol)	Gatorade/Pedialyte	Pastillas para la Tos
Ungüento de Antibiótico (Polysporin)	Ungüento de Hidrocortisona al 1%	Vaseline

IMPORTANTE: Los medicamentos sin receta médica (incluyendo vitaminas, suplementos o remedios herbales tales como melatonina) que no estén aprobados por la Administración Federal de Fármacos solamente podrán ser administrados a los alumnos cuando estén acompañados por una receta emitida por alguien por facultades para hacerlo. La receta deberá contener el nombre del alumno, el nombre del medicamento, dosis, método y frecuencia de administración, una declaración de que el medicamento deberá ser administrado al alumno mientras se encuentre asistiendo a la escuela, cualquier otras indicaciones y la firma del proveedor médico que otorga la receta. (Vea instrucción #4 en el frente de este formulario para saber quiénes están legalmente facultados para emitir una receta)

Haga una lista de los medicamentos que usted NO DESEA que su hijo tome :

*EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO DEBERA SER FIRMADO
POR USTED PARA QUE SU HIJO PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA AL AIRE*

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Por la presente doy permiso al supervisor médico de la Escuela al Aire Libre para que administre el medicamento al alumno identificado arriba. Entiendo que es mi responsabilidad proveer tal(es) medicamento(s), y que todo medicamento deberá(n) ser provisto(s) en los envases originales etiquetados por la farmacia. Entiendo que mi hijo/a será responsable de ir al supervisor de médico a la(s) hora(s) especificada(s) para los medicamentos. Reconozco que la administración de medicamentos por el personal de la Escuela al Aire Libre es una adecuación que se realizará únicamente bajo mi petición. Libero y renuncio a cualquier y todo reclamo que ahora o en el futuro pueda tener en contra del ESD Regional del Noroeste y sus oficiales y empleados que surja de la administración o falta de administración del medicamento al alumno mencionado anteriormente o a cualquier reacción adversa a dicho medicamento.

Entiendo que si mi hijo(a) requiere atención médica además de la administración del medicamento solicitado específicamente, el personal de la Escuela al Aire Libre intentará contactarme primero. Si yo no estoy disponible, se llamará al médico de mi hijo. En caso de que yo o el médico del menor no estemos disponibles, autorizo a cualquier médico que la Escuela al Aire Libre Regional del Noroeste elija para que atienda a mi hijo. Por la presente autorizo a dicho médico a realizar cualquier tratamiento médico de emergencia que se considere necesario. También doy mi permiso para que el personal de la Escuela al Aire Libre transporte a mi hijo/a o haga arreglos de transporte en caso de emergencia si se necesita atención médica.

OBJECIÓN RELIGIOSA O PERSONAL

Si tiene alguna objeción religiosa/personal para recibir tratamiento médico, por favor marque las casillas correspondientes:

NADA DE SANGRE o PRODUCTOS SANGUINEOS NINGÚN MEDICAMENTO en ninguna forma.

Entiendo y doy mi consentimiento de que en el caso de una situación que amenace la vida, mi hijo o pupilo, sin importar sus convicciones religiosas o personales, se le administrarán primeros auxilios y atención médica para mantenerlo con vida.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAS

De vez en cuando, la Escuela al Aire Libre desea utilizar las fotografías de los niños con fines publicitarios y de relaciones públicas. Por la presente, otorgo consentimiento al ESD Regional del Noroeste para reproducir la imagen de mi hijo fotográfica o electrónicamente y utilizar dichas reproducciones sin limitación, compensación o reservas. Si no desea que la imagen de su hijo se utilice para los propósitos mencionados anteriormente, por favor envíe una notificación por escrito en una hoja de papel por separado indicando esta información.

Fecha: _____

Se requiere de la firma Del Padre o Tutor