

DISTRITO DE SERVICIO EDUCATIVO REGIONAL DEL NOROESTE
Escuela de Ciencias al Aire Libre ODS
5825 NE Ray Circle Hillsboro, OR 97124
Phone: (503) 614-1402 Fax: (503) 614-3182

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO (Personal,
maestros/asistentes, Líderes estudiantiles en edad Universitaria, etc.)**

NOMBRE _____ APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
MES /DIA/AÑO

Género (escoja uno): M F X

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO PERMANENTE (si es distinto al anterior) _____

NÚMERO DE TELÓFONO PERMANENTE _____

NOMBRE DEL MEDICO, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFONICO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTE A:

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____ NUMERO TELEFONICO: _____

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____ NUMERO TELEFONICO: _____

INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD E HISTORIAL MEDICO

Por favor anote cualquier enfermedad/inquietud, lesión u hospitalización recientes que podrían requerir de planeación o consideración especial durante su involucramiento con las actividades de La Escuela al Aire Libre:

Especifique las actividades que no le están permitidas: _____

Fecha de la última vacuna antitetánica (si lo sabe) _____ ALERGIAS: fiebre del heno alimentos
picadura de abejas medicamentos látex

Otras (describa) _____ Explique la reacción: _____

Alguna dieta especial (describa): _____

Exposición reciente a alguna enfermedad infecciosa: _____

Adjunte una hoja adicional en caso de que tenga que aportar más información relacionada con su bienestar.

(CONTINUA A LA VUELTA)

MEDICAMENTOS

1. Todos los orientadores deberán entregar todo tipo de medicamentos, tanto con receta médica como sin ella, a la enfermería. También se alienta a que los maestros y el personal entreguen los medicamentos a la enfermera.
2. Todos los medicamentos con o sin receta médica deberán estar en los empaques originales.

Esta es la lista de medicamentos que tomo y que traeré a la Escuela al Aire libre (Información requerida para orientadores universitarios)

Medicamento	Razón	Dosis	Hora	Médico que Receta
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PONGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL FABRICANTE DE SU VACUNA DE COVID 19 Y ANOTE LAS FECHAS EN LAS QUE RECIBIO LAS DOSIS

Pfizer - Moderna - Johnson & Johnson _____ No me he vacunado

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, mediante el presente doy mi consentimiento al médico seleccionado por la Escuela al Aire Libre para que me hospitalice, y se asegure de que reciba el tratamiento médico adecuado y que ordene inyecciones, anestesia o cirugía para mí, como se menciona anteriormente. También doy mi consentimiento al personal de la Escuela al Aire Libre de efectuar los arreglos necesarios para para transportarme en caso de que se presentase una emergencia o si llegase a requerir de tratamiento médico.

Firma

Fecha

SI TIENE ALGUNA OBJECION RELIGIOSA/PERSONAL

Si tiene una 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 que en caso de que se presentase una situación que amenace con mi vida, me serán administrados primeros auxilios y atención medica que me mantenga con vida, sin importar mis creencias religiosas o personales.

Firma

Fecha

ÚNICAMENTE firme esta sección si usted tiene alguna objeción religiosa o personal.