

Información en caso de Emergencia.
High Trails Outdoor Education Center
(719)748-3341 fax: (719)748-3559

Escuela _____
Fecha del viaje _____

Requisitos para todos los Alumnos que van a ir a High Trails:

- Forma completa de Información en caso de emergencia (parte de abajo)
- Firma del padre o tutor en la parte donde se da autorización para Tratamiento en caso de Emergencia (parte de abajo)
- Firma del padre o tutor en la parte donde se da autorización para dar medicamentos que no requiere receta medica (Parte A)
- (SOLAMENTE PARA ALUMNOS QUE REQUIEREN TOMAR MEDICAMENTO CON RECETA) Completar la parte B, C y D - Se necesita completar con su medico

Nombre (Apellido y Nombre) _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del padre/madre _____ Teléfono del hogar _____

Dirección física _____ # Trabajo Papá _____ celular _____

_____ # Trabajo Mamá _____ celular _____

Contacto en caso de emergencia (si no se puede localizar a los padres) _____

Relación _____ Teléfono del hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Nombre del Doctor de la familia _____ Teléfono _____

Fecha de cuando se le dio la ultima vacuna de tétanos _____

Seguro Medico (Aseguranza): _____ #Póliza _____ #Grupo _____

¿En las ultimas 3 semanas el niño ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa?

Si usted contesta que si, ¿cuál es la enfermedad contagiosa? _____

¿El alumno/a tiene alguna enfermedad/condición medica o de salud de la que debemos saber? (incluyendo Asma) _____

Alergias: _____ (Si o No) Epi-pen/Auto inyectores (¿Si/No?) _____

¿Reacciones a medicamentos? _____

Autorización para dar Tratamiento en Caso de Emergencia

En el caso de que no me puedan localizar en caso de que mi alumno/a requiera tratamiento de emergencia, Yo doy mi autorización para que el director de High Trails y el personal administrativo seleccione a un medico para darle tratamiento y hospitalización si lo es necesario. Yo me doy por enterado/a que el personal hará todo lo posible para contactarme antes de tomar una decisión en caso de enfermedad/accidente que necesite tratamiento.

Firma del Padre o Tutor legal

Nombre con letra de molde

Fecha

PARA EL USO DE HIGH TRAILS

Comp _____

Meds _____

Auth _____

Contact _____

Prod Date 1/2008

High Trails Outdoor Education Center

Nombre del alumno _____

Escuela _____

Fecha del Viaje _____

Parte A: Autorización para dar medicamentos que no necesitan receta medica

Si su alumno necesita un medicamento durante su estancia en nuestro campamento de High Trails, nosotros tenemos algunos medicamentos a la mano. La enfermera de nuestro campamento tiene acceso a los mismos y si es necesario evaluara al alumno para ver que es lo que requiere. Estos medicamentos los puede administrar la enfermera para aliviar los síntomas comunes. Si su hijo/a toma medicamentos sin necesidad de receta con frecuencia o debe de tomar un medicamento durante su estancia en High Trails, usted tiene que completar junto con su medico la sección o parte B, C y D.

Estos son algunos medicamentos que tenemos en la Enfermería de High Trails:

- Paracetamol (Tylenol)
- Antiácido (Milanta-Tums)
- Antihistamínicos (Benadril/Claritin)
- Pastillitas para la tos
- Descongestionantes (Dimetapp/Sudafed)
- Ibuprofeno (Motrin/Advil)
- Protección Solar
- Repelente
- Aleve/Midol

____Yo doy mi permiso y mi autorización a la enfermera de High Trails Outdoor Education Center para que le de a mi hijo/a _____ medicamentos que no necesitan receta medica (over-the-counter) (excepto los mencionados en la parte de abajo) si lo necesita y muestra los síntomas que necesitan alivio. Yo me doy por enterado y comprendo que la enfermera evaluara a mi hijo/a antes de administrar ningún tipo de medicamento.

MI HIJO/A NO PUEDE TOMAR ESTOS MEDICAMENTOS:

____Yo no doy permiso de que mi hijo/a _____ reciba ningún tipo de medicamento sin tener una receta de parte de nuestro medico (Si su hijo trae con sigo un medicamento, tendrá que traer la receta y traer la autorización completada por un medico para ver cuanto, cuando y como se debe de administrar el medicamento- Tendrán que completar juntos la sección o parte B, C y D).

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Requisitos para todos los alumnos que necesiten tomar un medicamento durante su estancia en High Trails:

- Forma completa y firmada---Parte B (Autorización para la enfermera)
- Forma firmada---Parte C (Autorización de parte del Medico)
- Forma firmada---Parte D (Firma del Medico)

Les damos las gracias por tomar el tiempo para completar correctamente estas formas. Nosotros tenemos que seguir regularizaciones establecidas por el Departamento de Salud del Estado de Colorado, del Departamento de Educación y de la Cámara de Enfermeros. Nuestra meta es el poder ofrecer a sus hijos una experiencia segura, saludable y de aprendizaje. Si tiene alguna pregunta por favor llamar a su maestro o a High Trails al (719) 748-3341