**Permiso para participar en viajes de estudios y actividades en el Centro de Educación al aire libre Waskowitz**

No es necesario que su hijo tenga un examen físico antes de asistir a Waskowitz, de todas maneras, usted debería asegurarse que su hijo está con buena salud. Si hay alguna pregunta referente a la condición física de su hijo, por favor consúltelo con el médico de cabecera para aclarar cualquier duda que usted pueda tener. Usando la información que usted nos brinda a continuación, si se presentara una emergencia le notificaremos inmediatamente.

Escuela a la que asiste el estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Maestro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Niño: \_\_ Niña: \_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Seguro médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Incluya número de identificación

Nombre de la persona que provee la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Padre/tutor/otro

Hay algún medicamento que su hijo debe tomar en Waskowitz?  Sí  No

**Si es sí, usted debe completar y firmar el formulario de autorización de medicamentos de Highline que incluya las instrucciones y la firma de su proveedor de atención médica con licencia. Si esto no está completo, no se le puede administrar el medicamento a su hijo en Waskowitz. Esto aplica tanto a los medicamentos con receta como a los medicamentos sin receta.**

**Información de salud y/o preocupaciones:**

Marque todas las que aplique:  sonambulismo moja la cama  otro (por favor describa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de dieta y/o preocupaciones de comidas:**

Marque todas las que aplique:  vegetariano  alergias (por favor describa)  otro (por favor describa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La foto de su hijo podrá usarse para promover el Centro de educación al aire libre Waskowitz. Por la presente autorizo para que el nombre y la foto de mi hijo sean usados en conexión con publicaciones de Waskowitz.

(Marque solamente si usted **NO** desea que se use la foto de su niño en ningún material de promoción)

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa del Centro de educación al aire libre en Waskowitz.

También estoy de acuerdo con los términos y condición arriba mencionados y descritos en la forma adjunta de Expectativas de comportamiento e Información de medicamento y tratamiento.

En caso de una lesión grave o una seria enfermedad, autorizo a profesionales calificados en emergencias médicas que examinen y administren cuidado de emergencia al niño mencionado anteriormente. Yo entiendo que se hará todo lo posible por contactarme para explicarme la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento después de los primeros auxilios.

En el caso que sea necesario que el personal del distrito escolar quienes están a cargo obtener servicios médicos para mi hijo, ni el personal ni el distrito escolar asumirán la responsabilidad financiera de los gastos ocurridos debido a un accidente, lesión, enfermedad o circunstancias imprevistas.

**Firma del Padre/tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información para los padres sobre medicamentos y tratamientos**

Si su hijo va a tomar medicamentos durante su visita al Centro de educación al aire libre Waskowitz, por favor siga las siguientes instrucciones:

### Todos los medicamentos DEBEN SER MEDICAMENTE NECESARIOS PARA SER DADOS EN WASKOWITZ. Los siguientes son ejemplos de medicamentos que no son necesario tener en Waskowitz, a menos que existan circunstancias especiales: vitaminas, suplementos de hierbas, aceites esenciales, pastillas para la tos y productos para el acné.

1. Todos los medicamentos SOLAMENTE serán dados durante las siguientes horas: 8:00 a.m., 12:00 p.m. (al mediodía), 4:00 p.m., 8:00 p.m. (hora de acostarse), o cuando sea necesario/PRN.

### Para prescripciones, medicamentos sin receta médica y tratamientos, el formulario de Autorización de medicamentos deber ser completado por un proveedor de salud. Puede encontrar este formulario en el paquete del Centro de educación al aire libre Waskowitz, en línea o con la enfermera de la escuela.

### Todos los formularios de Autorización medica, medicamentos y ordenes de tratamientos que su hijo necesite mientras este en Waskowitz, **deben ser entregados en la oficina de la escuela por lo menos 10 días antes** de cuando su hijo esté programado asistir a Waskowitz.

* 1. Esto le da tiempo a la enfermera de la escuela para revisar las ordenes y los medicamentos, darles instrucción a los maestros acerca de cómo dar medicamentos y corregir cualquier problema con las ordenes de los medicamentos.
  2. Los únicos medicamentos que serán aceptados el día que su hijo viaje para Waskowitz serán aquellos que fueron recetados el fin de semana antes del viaje. Estos medicamentos y su formulario de autorización deben estar en la oficina de la escuela antes de las 8:30am el día que su hijo salga para Waskowitz.

### Todos los medicamentos que se llevan a Waskowitz deben estar en el recipiente original y claramente marcados.

* 1. Los medicamentos con receta deben tener una receta vigente que coincida con el formulario de Autorización de medicamentos provisto.
  2. Los medicamentos sin receta médica deben de estar en su recipiente original sellado con el nombre de su hijo. La enfermera creará una etiqueta que coincida con el formulario de Autorización de medicamentos provistos.

Si tiene cualquier pregunta o preocupación, por favor llame a la oficina de la escuela de su hijo y pida hablar con la enfermera de la escuela.

**El formulario de Autorización médica** de Highline puede encontrarse en el sitio web: <https://www.highlineschools.org/departments/health-services/health-concerns>