PUYALLUP SCHOOL DISTRICT
A Tradition of Excellence

PERMISO PARA PARTICIPAR EN LA EXCURSIÓN
(Viajes de día y de noche)

FIRME Y DEVUELVA ESTE PERMISO AL PROFESOR DE SU HIJO(A) INMEDIATAMENTE

Por la presente autorizo a _____ para participar en la
(nombre y apellido del estudiante)

_____ en _____ el
(nombre de la excursión) *(ciudad, estado)*

_____ con _____.
(fecha{s}) *(Jefe de la Excursión/Escuela/Organización)*

Firma del padre, la madre o el(la) tutor(a): _____ Fecha: _____
**NOTA: los hermanos de los alumnos no pueden asistir a las excursiones.*

☐ Mi estudiante TRAERÁ su propio almuerzo de casa.

☐ Mi estudiante necesita PEDIR almuerzo en el colegio.

☐ Me gustaría ser acompañante.* Nombre _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

**NOTA: todos los acompañantes deben ser voluntarios aprobados por el distrito. Póngase en contacto con la oficina de su escuela para confirmar su condición de voluntario.*

A rellenar por el profesor	El transporte para esta actividad será proporcionado por:
Fecha(s) de la actividad: _____ Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____ Nombre del profesor: _____ Correo electrónico del profesor: _____ Descripción de la actividad e itinerario: _____	☐ Vehículo del distrito del personal del distrito ☐ Vehículo privado del personal del distrito ☐ Voluntarios o padres que transportan a los estudiantes en vehículo privado (lista de comprobación del conductor voluntario completada en el archivo) ☐ No Transporte proporcionado: los padres proporcionan su propio transporte ☐ Otros (a pie, en metrobús, etc.) Descripción:
* Para los viajes con pernoctación: se adjunta un itinerario detallado, un plan de supervisión y la asignación de habitaciones.	

Información de Emergencia de los Estudiantes

Nombre del padre, la madre o el(la) tutor(a): _____

Dirección del domicilio: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____

Proveedor de atención médica del estudiante: _____ Teléfono: _____

Proveedor de seguro médico: _____ Número de póliza: _____

Indique a continuación el nombre de otra(s) persona(s) con la(s) que se puede contactar en caso de emergencia:

Contacto de emergencia nº 1: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia n.º 2: _____ Teléfono: _____

En caso de accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para contactar con los padres o tutores inmediatamente. Sin embargo, si el padre, la madre o el(la) tutor(a) no está disponible, el Distrito Escolar garantizará la atención médica de emergencia según sea necesario.

Firma del padre, la madre o el(la) tutor(a): _____ Fecha: _____

Cuestionario de Salud del Estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. _____ Grado: _ ¿Su hijo(a) tiene alguna alergia conocida?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, especifique la(s) alergia(s): _____

2. Reacción y tratamiento: _____

¿Su hijo(a) tiene alguna restricción alimentaria o dietética? ☐ SÍ ☐ NO

3. En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud que ponga en peligro su vida? ☐ SÍ

4. ☐ NO

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Su hijo(a) tiene alguna condición médica que requiera acomodaciones en orden de participar en el viaje? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, especifique: _____

5. ¿Su hijo(a) necesita ALGÚN medicamento con receta, suplemento o medicamento sin receta durante el viaje *(por ejemplo, ibuprofeno, inhalador)*? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, especifique: _____

En caso ~~afirmativo, complete los pasos indicados a continuación:~~ _____

a. Obtenga un formulario *de orden médica para la medicación en la escuela* de parte del proveedor de atención médica de su hijo(a).

- Cada medicamento requiere un formulario de orden médica de medicación por separado, incluidos los medicamentos sin receta.
- Se requiere una orden de medicación del proveedor de atención médica para que los estudiantes lleven su propio medicamento.

b. Lleve el formulario de *orden médica para la medicación en la escuela completado* Y el medicamento de su hijo a la sala de salud de la escuela para que la enfermera escolar lo revise.

- El(los) medicamento(s) debe(n) ser proporcionado(s) por el padre, la madre o el(la) tutor(a) del estudiante.
- Todos los medicamentos deben estar sin caducar y en un envase de farmacia etiquetado que coincida con la orden del médico.
- Si su hijo(a) ya tiene medicamentos en la escuela, *compruebe con la enfermera de la escuela si las órdenes de medicación que están actualmente archivadas en la escuela son adecuadas*. Si es así, los medicamentos de su hijo(a) se enviarán a la excursión nocturna con un miembro del personal escolar y se administrarán según las indicaciones.

**Si no se completan los pasos anteriores, su hijo(a) no podrá recibir la medicación en el viaje. Si la medicación está relacionada con una enfermedad que pone en peligro la vida, su hijo(a) no podrá participar.*

Tanto la documentación sobre la medicación como los medicamentos deben ser entregados antes del _____

Para ser completado por todos los padres o tutores

- Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela si hay cambios en la salud de mi hijo(a).
- Entiendo que la información anterior puede ser compartida con el personal del distrito escolar o los voluntarios supervisores, según sea necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante y para planificar un ambiente seguro que conduzca al aprendizaje.
- Autorizo al Distrito Escolar de Puyallup a obtener atención médica de emergencia según sea necesario. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme y explicarme la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento involucrado.
- En caso de que sea necesario que el personal encargado del distrito escolar obtenga atención de emergencia para mi estudiante, ni él(ella) ni el distrito asumen la responsabilidad financiera por los gastos incurridos debido al accidente, lesión, enfermedad o circunstancias imprevistas.
- Reconozco que esta actividad conlleva riesgos conocidos e imprevistos que podrían resultar en lesiones físicas o emocionales, parálisis o muerte, así como en daños a la propiedad o a terceros. Entiendo que dichos riesgos no pueden eliminarse sin poner en peligro las cualidades esenciales de la actividad.
- He leído el itinerario adjunto (en el que se detallan las fechas, los lugares de alojamiento, los eventos, etc.) y entiendo que el distrito escolar hará todos los esfuerzos razonables para proporcionar un entorno seguro. Soy plenamente consciente de los peligros y riesgos especiales inherentes a la participación en estas actividades, incluidas las lesiones físicas u otras consecuencias derivadas de las mismas. Estando plenamente informado de estos riesgos, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en las actividades.

Firma del padre, la madre o el(la) tutor(a): _____ Fecha: _____

La información del estudiante se mantendrá confidencial para proteger su privacidad. No se divulgará ni compartirá sin consentimiento.