

PERMISO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL PARA QUE EL ESTUDIANTE
ASISTA A UN VIAJE O EXCURSIÓN EXTENDIDA O DURANTE LA NOCHE,
FORMULARIO DE EXCENCIÓN Y AUTORIZACIÓN MÉDICA.
DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE MADISON
545 West Dayton Street · Madison, WI 53593

FORMULARIO F

Miembro del Personal Patrocinador _____ Escuela _____
Fechas de la excursión _____ Destino _____

_____ tiene mi autorización para participar en el paseo o la excursión extendida. _____
Nombre del estudiante (con letra de molde) _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Padre, madre o tutor legal (1) _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Padre, madre o tutor legal (2) _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de los médicos: _____ Número de teléfono: _____

En el caso de que no pudiéramos contactarlo, por favor escriba dos nombres alternativos para llamar.

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Para ayudar a la persona designada como acompañante a proporcionar una supervisión cuidadosa de la salud y seguridad de su hijo(a), por favor notifiquenos sobre cualquier condición que necesite atención. Según mi leal saber y entender, _____ goza de buena salud y está libre de cualquier enfermedad transmisible.

Fecha del último refuerzo contra el tétano: _____

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones por un proveedor de atención médica (marque todas las opciones que correspondan)? Si alguna afección requiere medicamento o intervención médica, especifique los detalles y complete la sección de los medicamentos. Es posible que se requiera documentación adicional de un proveedor médico.

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| ☐ TDAH/ADD* | ☐ Condición emocional/de comportamiento/Psicológica | ☐ Condición cardíaca |
| ☐ Asma | ☐ Dolores de cabeza/Migrañas | ☐ Epilepsia/Convulsiones |
| ☐ Diabetes | ☐ Ortopedia | ☐ Otro _____ |

* TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) / ADD (Trastorno por Déficit de atención)

Detalles y pormenores con respecto a la condición:

PERMISO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL PARA QUE EL ESTUDIANTE
ASISTA A UN VIAJE O EXCURSIÓN EXTENDIDA O DURANTE LA NOCHE,
FORMULARIO DE EXCENCIÓN Y AUTORIZACIÓN MÉDICA.
DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE MADISON
545 West Dayton Street · Madison, WI 53593

FORMULARIO F

Alergias	
☐ Alimentación	Especifique:
☐ Insecto	Especifique:
☐ Estacional	Especifique:
☐ Otro	Especifique:
¿Su hijo(a) necesita epinefrina de emergencia? ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo(a) se autoadministrará esta epinefrina? ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo(a) requiere antihistamínico oral? ☐ Sí ☐ No <i>Si la respuesta es sí para cualquiera de las preguntas, el medicamento tendrá que ser proporcionado por el padre, madre o tutor legal y el medicamento debe ser incluido en la sección de medicamentos.</i>	

¿Tiene su hijo(a) un problema con alguno de los siguientes aspectos?			
Mareo por movimiento	☐ Sí ☐ No	Sonambulismo	☐ Sí ☐ No

AVISO SOBRE MEDICAMENTOS

Si su hijo(a) necesita medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre, sin receta médica durante la excursión, la Política de la Junta de Educación (4113) requiere un permiso por escrito por parte de los padres y una orden médica por escrito para la administración de los medicamentos. **Los formularios deben ser revisados por la enfermera escolar al menos 3 días escolares antes de la excursión.** La enfermera escolar delegará la administración del medicamento a un miembro del personal escolar que esté presente en la excursión. Algunos medicamentos (como los inhaladores) pueden autoadministrarse, pero un miembro del personal escolar administrará la mayoría de los medicamentos.

Este formulario sirve como el permiso de los padres. Se necesita una orden médica adicional por escrito para la administración de medicamentos. Los formularios de medicamentos están disponibles en la enfermería de la escuela de su hijo(a), o puede acceder a ellos en línea.

<https://www.madison.k12.wi.us/fs/resource-manager/view/c927f653-ad2b-4ee5-a879-19f332798d0b>

Llame a _____ (Enfermera escolar) en caso de tener preguntas sobre la política de medicamentos o para solicitar formularios.

El personal de la escuela o del programa de Recreación para las escuelas y la comunidad de Madison (MSCR, por sus siglas en inglés) no administrará ningún medicamento con o sin receta médica sin el formulario de consentimiento para la administración de medicamentos y el formulario de la Orden de Administración de Medicamentos completados y devueltos a la enfermera escolar.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS						
MEDICAMENTOS: ¿Su hijo(a) está tomando actualmente algún medicamento? ☐ Sí ☐ No						
Nombre del medicamento:	Nombre de la persona que emite la receta:	Dosis: mg/mL	Forma (píldora, inhalador)	Hora/Frecuencia	¿Se lo autoadministra?	Razón:
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

Por la presente doy mi autorización para que el personal escolar designado o los voluntarios administren los medicamentos anteriores según las indicaciones y se comuniquen con el proveedor médico según sea necesario. Además, estoy de acuerdo en eximir al Distrito Escolar Metropolitano de Madison y sus empleados que administran el medicamento(s) de cualquier daño o perjuicio para cualquier reclamo que surja de la administración de este medicamento. Todos los medicamentos se enviarán con mi hijo(a) en el envase original etiquetado por la farmacia (medicamento recetado) o en el empaque original del fabricante (medicamento sin receta). Entiendo que todas las sustancias controladas, incluidos los medicamentos para el TDAH, requieren órdenes escritas por parte del médico que manda la receta y deben ser almacenados y administrados por un miembro del personal designado o el acompañante.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Doy permiso para que mi hijo(a) se administre sus propios medicamentos, como se indicó anteriormente, durante la excursión patrocinada por la escuela. Entiendo que todos los medicamentos recetados requieren órdenes por escrito por parte del médico que receta, incluyendo medicamentos que se autoadministran.

Firma del padre, madre o tutor legal:

Fecha:

En caso de CONDICIONES DE EMERGENCIA, el Distrito Escolar Metropolitano de Madison seguirá los siguientes procedimientos:

- 1. Los primeros auxilios de emergencia serán dados por el maestro, el acompañante, u otra persona calificada.
- 2. En caso de lesión o enfermedad grave, el niño será transportado al hospital más cercano para que lo examine un proveedor de atención médica.
- 3. Se hará un esfuerzo razonable para ponerse en contacto con el padre, madre o tutor legal mencionado anteriormente.

PERMISO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL PARA QUE EL ESTUDIANTE
ASISTA A UN VIAJE O EXCURSIÓN EXTENDIDA O DURANTE LA NOCHE,
FORMULARIO DE EXCENCIÓN Y AUTORIZACIÓN MÉDICA.
DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE MADISON
545 West Dayton Street · Madison, WI 53593

FORMULARIO F

En el caso de que no pueda ser contactado, por la presente doy mi autorización para el tratamiento de mi hijo(a) según lo recomendado por el médico u hospital. Entiendo que yo como padre, madre o tutor legal soy responsable del costo del servicio prestado.

Proveedor del seguro: _____

Número de teléfono del proveedor del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Número de la póliza: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

_____ tiene mi autorización para participar en el paseo o la excursión extendida. _____

Nombre del estudiante (con letra de imprenta)

Grado

Necesidades de salud: El padre, madre o tutor legal deberá escribir sus INICIALES según corresponda.

_____ Mi hijo(a) no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba tener en cuenta y no requiere medicamento durante la excursión.

Entiendo perfectamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante esta excursión. En el caso de que un participante deba regresar a casa debido a una acción disciplinaria, todos los gastos se facturarán al padre, madre o tutor legal. No habrá reembolsos o créditos otorgados por aquellas porciones del programa a las que no asista el estudiante.

Todos los gastos de tratamientos o procedimientos de salud son responsabilidad del padre, madre o tutor legal, y el Distrito Escolar Metropolitano de Madison no tiene ni proporciona seguro de accidentes o viajes.

Entiendo que puede haber riesgos imprevistos de salud y seguridad involucrados en esta excursión y acepto mantener al Distrito Escolar Metropolitano de Madison, sus oficiales, agentes y empleados, exentos de cualquier y toda responsabilidad o reclamo, que pueda surgir de o en relación con la participación de mi hijo(a) en esta actividad.

Nombre del padre, madre o tutor legal (con letra de imprenta)

Firma del padre, madre o tutor legal

Dirección

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo o teléfono celular

Proveedor de atención médica y teléfono

Compañía de seguros y teléfono

Firma del estudiante

Fecha

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA PERSONA DEL PERSONAL PATROCINADOR EN LA ESCUELA ANTES DEL _____.

****Todos los viajes o excursiones están sujetos a cancelación debido a eventos fuera del control del distrito escolar.**