

**Escuelas del Condado de Johnson**  
**Formulario para viaje de excursiones escolares**

Complete la siguiente información para que podamos hacer los preparativos necesarios para los estudiantes que estarán ausentes durante sus horarios programados de medicación/procedimientos. Los formularios entregados tarde puede causar un retraso en su hora de salida ya que la enfermera de la escuela empaqueta los medicamentos que necesitan los estudiantes, tenga en cuenta: si un estudiante requiere que una enfermera realice un procedimiento durante la excursión, se debe notificar al Departamento de Servicios de Salud Escolar con al menos 2 semanas de anticipación para garantizar la disponibilidad de una enfermera. De lo contrario los padres deberán acompañar o tener una persona designada que tenga conocimiento de las necesidades de salud del estudiante y que esté presente en el viaje.

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestra/o: \_\_\_\_\_

Propósito del viaje de excursión: \_\_\_\_\_

Fecha del día del viaje de excursión: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Por favor marque la casilla correspondiente. Este formulario debe entregarse independientemente del estudiante que asista a la excursión.

- Estudiante SI asistirá a la excursión
- Estudiante NO asistira a la excursión

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso de asistir a \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Evento \_\_\_\_\_

El día del \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Hora de salida: \_\_\_\_\_ Hora de regreso: \_\_\_\_\_

“En caso de accidente o enfermedad, liberó al sistema escolar del condado de Johnson de toda la responsabilidad y autorizó a cualquier empleado del sistema para obtener atención médica para mi hijo. También autorizo al hospital y al médico a administrar cualquier atención médica necesaria. Entiendo que soy responsable de notificar al sistema escolar sobre cualquier cambio médico durante el año escolar para que se pueda facilitar la atención médica adecuada.”

Lista de cualquier problema médico conocido: \_\_\_\_\_

Lista de cualquier alergia conocida: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
Nombre y Número de Emergencia

\*\*Este formulario es para acompañar al maestro en una excursión.