

Stayton Middle School Outdoor Health and Medical Form

All students participating in Outdoor School must fill out this form completely. Return this form to your teacher or the office as soon as possible. PLEASE PRINT CLEARLY. Medical needs at Outdoor school are cared for by a Registered Nurse. If your child has special needs that will need to be addressed at Outdoor school, please contact the District Nurse as soon as possible. 503-769-4930.

Participant Information

Participant Name:	DOB and Age:
Parent/Guardian Name:	
Home Phone:	Work Phone:
Parent/Guardian Name:	
Home Phone:	Work Phone:
Emergency Contact Name:	Relationship:
Home Phone:	Work Phone:

Health and Medical History

Please check if student is subject to the following and include explanation.

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Allergy	<input type="checkbox"/> Bed Wetting	<input type="checkbox"/> Bee Sting
<input type="checkbox"/> Heart Trouble	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Sleepwalking	<input type="checkbox"/> Other

Explanation: _____

List all current medications:(parents must send and complete permission form)_____

List any allergies to medications, the reaction, and the severity:_____

Date of last tetanus shot:_____

List any dietary restrictions or food allergies. **Doctors documentation required.**

While at SMS Outdoor School, I give permission for my child to receive: **(initial all that apply)**

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| _____ Acetaminophen (Tylenol) | _____ Diphenhydramine (Benadryl) | _____ Tums (Calcium Carbonate) |
| _____ Antibiotic Ointment | _____ Ibuprofen (Advil) | _____ Hydrocortisone Cream |
| _____ Benzocaine Bee sting Swabs | _____ Bug spray | _____ Cough Drops |

Provider Information:

Doctor's Name:	Phone:
Insurance Company:	Policy Number

In case of emergency, I understand that every effort will be made to contact me. I authorize any duly authorized doctor, emergency medical technician, paramedic, nurse, hospital or other medical facility to treat said minor for the purpose of attempting to treat or relieve any injuries or illness occurring while attending Outdoor School. I agree to cover the costs of this treatment.

Date:_____

Parent/Guardian Signature

Formulario de Salud y Médico para la Escuela al Aire Libre de la Escuela Secundaria de Stayton

Todos los estudiantes que participan en la Escuela al Aire Libre deben llenar esta forma completamente. Favor de entregarla a su maestro o en la oficina de la escuela lo antes posible. **ESCRIBA CLARO POR FAVOR.** Las necesidades médicas en la Escuela al Aire Libre serán atendidas por una enfermera registrada. Si su hijo(a) tiene necesidades especiales que necesiten ser atendidas haga favor de comunicarse lo antes posible con la Enfermera del Distrito al 503-769-4930.

Información del Participante

Nombre del Participante:	Fecha de Nac. y Edad:
Nombre del Padre/Tutor:	
Teléfono en casa:	Teléfono del Trabajo:
Nombre del Padre/Tutor:	
Teléfono en casa:	Teléfono del Trabajo:
Nombre del Contacto de Emergencia:	Relación:
Teléfono en casa:	Teléfono del Trabajo:

Historial de Salud y Médico

Favor de revisar si su estudiante padece de algo de lo siguiente e incluya una explicación.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Se orina en la cama	<input type="checkbox"/> Piquetes de abejas
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Otro

Explicación: _____

Anote todos los medicamentos: (los padres deben completar el formulario de permiso y enviarlo)

Anote cualquier a alergia a medicamentos, la reacción y la gravedad: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

Anote cualquier restricción dietética o alergia a algún alimento. **Se requiere documentación del doctor:**

Durante la estancia en la Esc. al Aire Libre de SMS, otorgo permiso para que mi hijo(a) reciba: (**ponga iniciales en lo que aplique**)

_____ Acetaminofén (Tylenol)	_____ Difenhidramina (Benadryl)	_____ Tums (Bicarbonato de Calcio)
_____ Ungüento Antibiótico	_____ Ibuprofeno (Advil)	_____ Crema Hidrocortisona
_____ Hisopos con Benzocaína para picaduras de abejas		_____ Repelente de Insectos
		_____ Pastillas Para la Tos

Información del Doctor:

Nombre del Doctor:	Teléfono:
Compañía de la Aseguranza:	Número de la Póliza

En caso de emergencia, entiendo que se hará todo lo posible por comunicarse conmigo. Autorizo a cualquier médico, técnico de emergencias médicas, paramédico, enfermero, hospital o centro médico para tratarlo, con el propósito de curar o aliviar una lesión o enfermedad ocurrida durante la estancia en la Escuela al Aire Libre. Estoy de acuerdo en cubrir los costos de tal tratamiento.

Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián

Revisada 6/1/23