Cherokee County School District

INFORMACIÓN MÉDICA REQUERIDA PARA LAS EXCURSIONES DONDE PASAN LA NOCHE FUERA DE CASA

ESTE FORMULARIO ES OBLIGATORIO PARA PODER ASISTIR.

Escuela_____ Fecha del viaje_____

Destino_____

Alumno _____ Fecha de nacimiento_____

Por favor, complete lo siguiente:

1. Nombre de la compañía de seguro_____
   Número de póliza_____
   ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO.
2. Nombre del médico_____
   Teléfono_____
3. Números de emergencia
   a. Madre/Tutora legal _____
      Casa_____ Trabajo_____ Celular_____
   b. Padre/Tutor legal _____
      Casa_____ Trabajo_____ Celular_____
   c. Otro contacto: _____ Parentesco_____
      Casa_____ Trabajo_____ Celular_____
4. Alergias: Por favor, marque sí o no en cada uno. Si marca sí, por favor especifique.
   a. Comida Sí _____ No_____ No
   b. Medicina Sí _____ c. Insectos No_____
   Sí _____ d. Otro Sí _____ No_____
   Síntomas de la reacción_____
   Tratamiento_____
5. TODAS LAS MEDICINAS QUE DEBAN TOMARSE DURANTE EL VIAJE SERÁN PROVISTAS POR LOS PADRES/TUTORES LEGALES Y SERÁN SUMINISTRADAS POR PERSONAL ESCOLAR ÚNICAMENTE. Las medicinas prescriptas estarán en su envase original con las indicaciones correctas impresas en la etiqueta, o si se trata de medicinas sin receta, estarán en su envase original, sellado. Anote a continuación las medicinas que su hijo necesitará durante el viaje.
   Medicina_____ Horario que debe tomarla_____
   Medicina_____ Horario que debe tomarla _____
   Medicina_____ Horario que debe tomarla _____
6. Restricciones/Problemas médicos_____
   _____

Autorizo al personal del Distrito Escolar del condado de Cherokee a suministrar las medicinas detalladas anteriormente (por mí provistas) a mi hijo y a procurar tratamiento médico si fuese necesario durante el viaje, en el que mi hijo pasará la noche fuera de casa.

Firma del padre/madre/tutor legal_____ Fecha_____