

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA TRATAMIENTO MÉDICO**  
**Escuelas centrales de Boone**

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| <b>Información general</b>              |                |
| Apellido:                               | Primer nombre: |
| Fecha de nacimiento:                    | Calificación:  |
| Nombre del Padre de Familia / Guardian: | Teléfono:      |
| Nombre del Padre de Familia / Guardian: | Teléfono:      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------|
| <b>Información de salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| Proveedor de atención médica primaria:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| Dentista primario:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| Medicamentos Actuales:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| Marque lo que aplica: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ADD/ADHD</td> <td><input type="checkbox"/> Alergia(s): _____</td> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión/Salud mental</td> <td><input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria/Lactosa/Celiaquía</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas/Posteriores a una conmoción cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/visual</td> <td><input type="checkbox"/> Condición cardíaca</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SII/incontinencia</td> </tr> </table> |                                                                                          |                                             | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Alergia(s): _____ | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión/Salud mental | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria/Lactosa/Celiaquía | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas/Posteriores a una conmoción cerebral |  | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/visual | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca |  |  | <input type="checkbox"/> SII/incontinencia |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Alergia(s): _____                                               | <input type="checkbox"/> Asma               |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión/Salud mental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo                                       | <input type="checkbox"/> Diabetes           |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria/Lactosa/Celiaquía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas/Posteriores a una conmoción cerebral |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/visual                                    | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                          | <input type="checkbox"/> SII/incontinencia  |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| Otros comentarios: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Necesitará medicamentos de emergencia guardados en la escuela: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Necesitará medicamentos durante el día escolar: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |                                             |                                   |                                            |                               |                                                          |                                                    |                                   |                                                                     |                                                                                          |  |                                       |                                                       |                                             |  |  |                                            |

| Administración de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Permita que mi hijo reciba los siguientes medicamentos según lo considere necesario la enfermera de la escuela u otro profesional capacitado de las Escuelas Centrales de Boone. Doy mi consentimiento para los siguientes medicamentos sin sujeción a responsabilidad por enfermedad o lesión. Es responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela si ya se administró una dosis antes de la escuela. (Por favor circule si o no)</p> |    |                                                                                 |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Acetaminofén/Tylenol                                                            |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Ibuprofeno/Motrin                                                               |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Pastillas para la tos                                                           |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Tableta antiácida/Tums                                                          |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Gotas de solución salina para los ojos (comezón en los ojos/lentes de contacto) |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Orajel (herpes labial/dolor de dientes)                                         |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Aerosol nasal salino/Afrin (hemorragias nasales)                                |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No | Cremas tópicas (antibiótico/quemadura/picazón)                                  |

Doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este documento a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tengan la responsabilidad de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. Como padre/tutor, también autorizo al personal de la Escuela Central de Boone a obtener y administrar tratamiento médico de emergencia por parte de personal médico profesional a mi hijo en la escuela, o en transporte escolar autorizado, o en una actividad respaldada por la escuela.

Firma del padre/tutor

Fecha