

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Obligatorio para todos los alumnos que van a High Trails

- Forma completa de Información en caso de emergencia.
- Firma del padre o tutor en la parte se da autorización para Tratamiento en caso de Emergencia
- Firma del padre o tutor en la parte se da autorización para dar medicamentos que no requiere receta medica.

(PARTE A)

Completa las PARTES B, C, y D para los alumnos que requieren tomar medicamentos (página 3 y 4).

Por favor rellene todos los espacios en blanco con información relevante o indicar No/Aplicable (N/A)

Nombre del Estudiante (apellido/nombre) _____

Fecha de Nacimiento _____ El género **M** **F**

Nombre del padre/madre _____ Teléfono del hogar _____

Dirección física _____ # Trabajo Papá _____ Celular _____
 _____ #Trabajo Mamá _____ Celular _____

Contacto en caso de emergencia (si no se puede localizar los padres) _____ Relación _____

Teléfono del hogar _____ Celular _____ # Trabajo _____

Preocupaciones de Salud: Esta sección debe ser completar en totalidad.
 ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas de salud y/o la dieta?

Enfermedad contagiosa, en las últimas tres semanas? (si/no) ¿Si es así, que? _____

Asma? (sí/no) Explique _____

Inhalante? (sí/no) ¿Cual? (rescate, preventivo) _____

Reacciones a Medicamentos? (sí/no) Si es así, ¿cual? _____

Alergias? (sí/no) Si es así, ¿cual? _____

Epi-Pen? (sí/no) ¿Para tratar cual alergia? _____

Diabetes? (sí/no) Explique _____

Operaciones? (sí/no) Explique _____

Restricciones en la dieta? (sí/no) Explique _____

Enfermedad grave? (sí/no) Explique _____

Médico del Estudiante _____ Teléfono del Médico _____

Seguro Médico (sí/no) Nombre del Plan _____ Política/Grupo# _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

En el caso de que no me puedan localizar en caso de que mi alumno/a requiera tratamiento de emergencia, Yo doy mi autorización para que el director de High Trails y el personal administrativo seleccione a un medico para darle tratamiento y hospitalización si lo es necesario. Yo me doy por enterado/a que el personal hará todo lo posible para contactarme antes de tomar una decision en caso de enfermedad/accidente que necesite tratamiento.

Parent/Legal Guardian Signature

Nombre con letra de molde

Fecha

PARTE A: AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS QUE NO NECESITAN RECETA MEDICA

Si su hijo/a necesita un medicamento durante su estancia en nuestro campamento de High Trails, nosotros tenemos algunos medicamentos a la mano. La enfermera de High Trails evaluará la necesidad y administrar estos medicamentos para el alivio sintomático.

Estos son algunos medicamentos que tenemos en la enfermería de High Trails:

- Paracetamol (Tylenol)
- Acetaminophen/Caffeine/Pyrimilamine Maleate (Midol)
- Ibuprofeno (Motrin/Advil)
- Naproxeno (Aleve)
- Descongestionantes (Dimetapp/Sudafed)
- Antihistamínicos (Benadryl/Claritin)
- Antiácido (Mylanta/Tums)
- Repelente (containing DEET)
- Pastillitas para la tos (Throat lozenges)
- Protección Solar

_____ **Doy** permiso para que la enfermera en la High Trails Outdoor Education Center para dar mi hijo,

_____, over-the-counter medicamentos **excepto**

_____ para proporcionar alivio sintomático de la enfermedad.

_____ **Yo no doy** permiso a mi hijo, _____, para recibir cualquier medicamento de venta libre.

Firma del Padre o Tutor legal

Fecha

Obligatorio para todos los estudiantes que traen con prescripción o medicamentos o de venta libre a High Trails:

- ✓ **El Padre/Guardián Legal Finalización/ Firma -- PARTE B**
- ✓ **Firma del Padre/Guardián Legal -- PARTE C**
- ✓ **Proveedor de Cuidado de la Salud Finalización/Firma -- PARTE D**

PARTE B: AUTORIZACION PARA LA ENFERMERA PARA ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS

Si su estudiante **TRAERÁ** los medicamentos de venta libre, medicamentos homeopáticos, y/o herbales que deben tomarse mientras que en High Trails, por favor llene y firme abajo. **Los medicamentos no se pueden dar sin esta autorización. Usted también debe completar la PARTE C y el proveedor de salud PARTE D.**

El Padre/Guardián Legal de _____, pide la enfermera a High Trails dar
Nombre del Niño

medicamentos a mi hijo/a, como lo indique el médico.

Nombre del Padre/Guardián Legal

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha

Notas del hogar con respecto a la administración de medicamentos: _____

PARTE C: AUTORIZACIÓN PARA EL MÉDICO EN LA PROVISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA HIGH TRAILS

***Los medicamentos recetados** deben tener una autorización firmada con el medico y deben venir en su envase original de la farmacia en su etiqueta: el nombre del niño, nombre de la medicina, el tiempo que debe darse, dosis, fecha de la medicina se va a detener, el nombre del proveedor de cuidado de salud con licencia, nombre de la farmacia y número de teléfono.

***Medicamentos de venta libre traído a High Trails** debe tener la autorización de un medico firmado y debe ser marcado con el nombre del niño. La dosis debe coincidir con la autorización del medico firmado, y el medicamento debe der envasado en su envase original. Todos los medicamentos de venta libre requieren la autorización de un proveedor de cuidado de salud, incluyendo, pero sin limitarse a: las vitaminas, los medicamentos para la alergia, pastillas para la tos, antiácidos, analgésicos, etc.

Al firmar abajo, doy permiso para que el médico de mi hijo para compartir información acerca de la administración de esta medicación con la enfermera o el director de High Trails.

Nombre del Padre/Guardián Legal

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha

PARTE D: AUTORIZACIÓN POR MÉDICO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN HIGH TRAILS

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

*Medicación Ejemplo: Benadryl Dosis: 12.5 mg # de tabletas 2 Cantidad total a administrar 25 mg
Frecuencia: Diariamente Tiempo(s): Desayuno Almuerzo Cena **Hora de acostarse**
Propósito de la medicación: Alergias Informe de estos posibles efectos secundarios: _____
Instrucciones especiales y Notas: _____*

Medicación #1: _____ Dosis: _____ # de tabletas _____ Cantidad total a administrar _____
Frecuencia: _____ Tiempo(s): **Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse**
Propósito de la medicación: _____ Informe de estos posibles efectos secundarios: _____
Instrucciones especiales y Notas: _____

Medicación #2: _____ Dosis: _____ # de tabletas _____ Cantidad total a administrar _____
Frecuencia: _____ Tiempo(s): **Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse**
Propósito de la medicación: _____ Informe de estos posibles efectos secundarios: _____
Instrucciones especiales y Notas: _____

Medicación #3: _____ Dosis: _____ # de tabletas _____ Cantidad total a administrar _____
Frecuencia: _____ Tiempo(s): **Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse**
Propósito de la medicación: _____ Informe de estos posibles efectos secundarios: _____
Instrucciones especiales y Notas: _____

Medicación #4: _____ Dosis: _____ # de tabletas _____ Cantidad total a administrar _____
Frecuencia: _____ Tiempo(s): **Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse**
Propósito de la medicación: _____ Informe de estos posibles efectos secundarios: _____
Instrucciones especiales y Notas: _____

Firma del proveedor de atención médica con autoridad para recetar Número de teléfono Fecha

Nombre del proveedor de atención médica con autoridad para recetar