

AUDUBON CENTER OF THE NORTH WOODS
(CENTRO AUDUBON DE LOS BOSQUES DEL NORTE)

Información médica (estudiante)

Contacto

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela del estudiante _____

Padre o tutor _____

Dirección de la casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Numero telefónico _____ (día) _____ (noche)

Médico del estudiante _____ Teléfono del médico _____

Dentista del estudiante _____ Teléfono del dentista _____

Si en caso de emergencia no es posible localizar al padre o tutor, favor contactar a:

Nombre _____ Teléfono _____

Información del seguro médico

*El padre, madre y/o tutor asume el costo total de cualquier gasto médico u hospitalario incurrido.
El cubrimiento del pago médico y reembolso corresponde a:*

Nombre del seguro o del cubrimiento médico _____

Póliza # _____

Estado de salud general

¿Conoce alguna razón por la cual su hijo(a) no deba tomar parte en actividades físicas en el Audubon Center? (Si no está seguro de qué clase de actividades físicas están programadas para su hijo(a), pregunte por favor a uno de los profesores).

SÍ _____ NO _____

Si su respuesta es sí, por favor explique:

Continúa...

(Continuación)

¿Ha tenido su hijo(a) algún accidente o enfermedad seria durante el último año?

SÍ _____ NO _____

Si su respuesta es sí, por favor explique:

Fecha en la que su hijo(a) recibió por última vez la vacuna del tetano _____

¿Padece su hijo de alguna alergia o requerimiento médico especial?

SÍ _____ NO _____

Si su respuesta es sí, por favor explique:

¿Toma su hijo(a) algún medicamento en casa o en la escuela? SÍ _____ NO _____

Motivo de dicho medicamento:

¿Está de acuerdo con que su hijo(a) lleve consigo dicho medicamento?

SÍ _____ NO _____

¿Está de acuerdo con que su hijo(a) administre su propio medicamento?

SÍ _____ NO _____

¿Está de acuerdo con que el personal del Audubon Center y el personal de la escuela administre medicamento sin prescripción (libre de aspirina) a su hijo?

SÍ _____ NO _____

Yo, el abajo firmante, padre/tutor de _____ (nombre del estudiante), otorgo al personal del Audubon Center of the North Woods y de _____ (nombre de la escuela del estudiante), permiso para firmar documentos de exoneración de emergencia médica tanto para doctores como hospitales en nombre de mi hijo(a), y les otorgo mi consentimiento para cualquier emergencia médica, operación, anestesia, transfusión sanguínea, o tratamiento médico urgente de cualquier enfermedad o lesión que personal calificado considere necesario para el bienestar de nuestro hijo(a), en caso de que los padres no puedan ser contactados.

Solicito y autorizo que mi hijo(a) sea el responsable de auto administrar su propio medicamento, por lo tanto exonero al Audubon Center y al personal de la escuela de cualquier responsabilidad sobre el uso y/o restricciones que resulten de dicho medicamento.

SÍ _____ NO _____

Se sobre entiende por lo tanto que el personal notificará a los padres/tutores acerca de cualquier tratamiento tan pronto como sea posible.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____