

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 _____