

**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 \_\_\_\_\_