

Padres: Por favor, llene este formulario con cuidado y por completo. Éste es el formulario médico requerido por el Distrito Escolar Independiente de Georgetown (GISD) y se debe completar antes de que cualquier niño(a) participe en cualquier actividad extracurricular de GISD.

Página 1 de 2

INFORMACIÓN MÉDICA PARA SITUACIONES ESPECIALES DURANTE LOS VIAJES DE GISD

Actividad: _____ Escuela: _____ La fecha de hoy _____

Nombre del alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono del hogar: _____ Número de seguro social: _____ Género: Hombre Mujer

Domicilio actual: _____

Nombre del padre: _____ Calle/Buzón _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del hogar: _____ Trabajo: _____ Celular _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono del hogar: _____ Trabajo: _____ Celular _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Número(s) de teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____ Nombre del miembro: _____

de identificación del miembro: _____ # del grupo: _____ # de la póliza: _____

Por favor, escriba el nombre de su proveedor preferido [clínica, médico, organización para el mantenimiento de la salud (HMO), etcétera]. Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor.

Por favor, indique las alertas médicas, tales como alergias, lentes de contacto y enfermedades crónicas (asma, diabetes, etcétera):

HISTORIAL Y REGISTRO MÉDICO DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ GRADO: _____ FECHA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

HISTORIAL MÉDICO

Por favor, enumere cualquier alergia a medicamentos, alimentos u otros alérgenos, y el tipo de reacción:

¿Tiene el alumno cualquier condición de salud crónica? Sí ___ No ___ Fecha: _____ Enumérela(s): _____

Alguna vez, ¿el alumno ha estado internado en el hospital? Sí ___ No ___ Fecha: _____ Razón: _____

¿Toma el alumno algún medicamento con regularidad? Sí ___ No ___ Escriba el nombre del medicamento, la dosis, el horario para tomarlo y la razón: _____

En este momento, ¿está usted preocupado por cualquier asunto médico relacionado con el alumno? Sí ___ No ___

¿Cuál es? _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Le doy al personal de GISD, o al enfermero de servicio, mi permiso para que administre los medicamentos a continuación durante cualquier viaje de la Banda. Tengo entendido que el personal de GISD no le proporcionará ni administrará a mi hijo(a) ningún otro medicamento en cualquier viaje de la Banda. Todo medicamento se debe traer en su envase original, y todo medicamento recetado se debe traer en un envase etiquetado por el farmacéutico.

Nombre del medicamento Potencia del medicamento Dosis Frecuencia Razón por el medicamento

Firma del padre o la madre: _____ Fecha: _____

AVISO IMPORTANTE CON RESPECTO AL SEGURO MÉDICO

La cobertura por seguro contra catástrofes está disponible a través del Distrito Escolar Independiente de Georgetown. Se recomienda este tipo de seguro médico, especialmente para cualquier alumno que participa en actividades de alto riesgo, tales como los deportes o la gimnasia. También, se recomienda que los alumnos tengan seguro médico personal.

LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Indique su aprobación escribiendo sus iniciales en el espacio antes de la afirmación y firmando abajo:

- _____ 1. En el caso de que el alumno indicado arriba sufra una lesión o enfermedad, autorizo por la presente que un representante de GISD obtenga tratamiento médico de urgencia de cualquier proveedor de atención médica para el alumno indicado arriba.
- _____ 2. Tengo entendido que seré responsable por los gastos incurridos por el tratamiento médico necesitado por mi hijo(a), ya sea a través de seguro médico personal u otras medidas.
- _____ 3. A mi leal saber y entender, doy fe que la información proporcionada en este formulario es fiel y exacta.
- _____ 4. Por la presente, autorizo la divulgación de información e historiales médicos, así como información relacionada con el seguro médico, a los proveedores de servicios de salud cuando sea necesario para el tratamiento de mi hijo(a) para lesiones o enfermedad.
- _____ 5. Por la presente, le doy al personal de GISD, o al enfermero de servicio, mi permiso para que administre los medicamentos enumerados en esta página del documento. Entiendo que GISD no proporcionará medicamentos para mi hijo(a) durante este viaje. Eximo al Distrito Escolar Independiente de Georgetown, a su personal y a sus enfermeros, de responsabilidad por cualquier reacción a medicamento o alergia a medicamento sufrida por mi hijo(a).
- _____ 6. Por la presente, accedo a actualizar esta información, si surge la necesidad, antes de cualquier viaje de la Banda que pueda requerir atención médica.
- _____ 7. Por la presente, le doy a GISD mi permiso para el uso de fotos de mi hijo(a) para publicación en periódicos, páginas Web y/u otros medios.

Firma del padre o la madre: _____ Fecha: _____

Prueba de identificación: _____ Fecha de vencimiento: _____