

Distrito Escolar Unificado de Oceanside

Escuelas Secundarias

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

PARA LOS PASEOS ESCOLARES

CONFIDENCIAL

Este formulario DEBE ser llenado y firmado por los padres o tutores del estudiante (y un médico, si es pertinente) para ser válido. Este formulario otorga permiso para que un miembro del personal o chaperón obtenga servicios de emergencia (médico, dentista, paramédico, ambulancia) para el estudiante a cuenta de sus padres o tutores. Se hará todo lo posible por contactar a los padres o tutores antes del tratamiento u hospitalización.

INFORMACIÓN DE CONTACTO		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE NACIMIENTO
GRADO	DOMICILIO	MAESTRO
ID#	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL HOGAR	NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR (nombre y apellido)	
CELULAR ESTUDIANTE	NÚMERO(S) DE TELÉFONO DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
CELULAR DEL PADRE/MADRE/TUTOR	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES	
PASEO ESCOLAR	CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE	
CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA (QUE NO SEAN PADRES O TUTORES)		
CONTACTEN PRIMERO A ESTA PERSONA - NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	TELÉFONO
CONTACTEN SEGUNDO A ESTA PERSONA - NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	TELÉFONO

Información importante para el médico en caso de una emergencia y de utilidad para el personal escolar o chaperones para la seguridad del estudiante. Los padres o tutores son responsables de mantener esta información al corriente.

Problemas médicos (por ej., diabetes, asma, ataques epilépticos): _____

Síntomas comunes: _____

Cuidado o medicamento necesario: _____

Alergias: (Por ej., comida, piquetes de abeja, medicamentos) _____

Síntomas comunes: _____

Cuidado o medicamento necesario: _____

¿Está el estudiante bajo cuidado médico? Sí _____ No _____ (Explique) _____

¿Existen otros factores que puedan afectar el cuidado de su estudiante? (En caso de que sí, por favor sea específico) _____

ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO: _____

Yo doy permiso para que mi hijo/hija participe en el siguiente Programa o Actividad _____

Yo libero al Distrito Escolar Unificado de Oceanside, sus administradores, empleados o agentes de toda responsabilidad, pérdida, gasto o demanda por una enfermedad, lesión o daños que puedan surgir de la participación en este Programa o Actividad. Además, entiendo que el distrito no proporciona seguro médico o seguro por accidentes para los estudiantes y que se espera que yo proporcione tal cobertura de seguro.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR _____ FECHA _____ COMPANIA DE SEGURO _____ PÓLIZA # _____

CUALQUIER USO DE MEDICAMENTO REQUIERE QUE LOS FORMULARIOS (9-512 / 9-685) ESTÉN FIRMADOS POR EL MÉDICO Y UNO DE LOS PADRES.