

## ESCUELAS PÚBLICAS DE BLOOMINGTON #271

### Permiso para Excursiones/Forma de Salud

(Incluye- excursiones fuera del horario escolar, dentro del estado y fuera del estado)

Apellido(s) del Estudiante \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Evento/ Salida \_\_\_\_\_ Fecha del Evento \_\_\_\_\_  
Lugar \_\_\_\_\_

#### Información de los padres o tutores

Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### Información de Emergencia (en caso de no localizar a ninguno de los padres)\*Obligatorio\*

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Relación \_\_\_\_\_  
Doctor del Estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dentista del Estudiante \_\_\_\_\_  
Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Los padres o tutores asumirán el costo completo de cualquier gasto médico o de hospital en que se incurra. Información para pago y reembolso para los gastos médicos del niño:

Seguro de Salud \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Número de Póliza \_\_\_\_\_  
Número de ID \_\_\_\_\_

#### Información Importante de Salud

1. ¿Conoce algún motivo de salud que limite o excluya a su hijo de participar en las actividades físicas para este evento/excursión? Si no está seguro de la variedad de actividades físicas, consulte al maestro de su hijo. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si indicó "Sí" explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido su hijo enfermedades graves, operaciones, hospitalizaciones o accidentes serios el año pasado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si indicó "Sí" explique: \_\_\_\_\_

3. Fecha de la última vacuna del tétanos. \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene su hijo alguna alergia o problemas de salud específicos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si indicó "Sí" explique: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su hijo un plan de salud o de emergencia que tenga que llevarse a cabo mientras está en la escuela? Sí\_\_\_ No\_\_\_ (Si indicó "Sí", el maestro deberá contactar a la enfermería antes del evento.)

6. ¿Está su hijo tomando algún medicamento en la escuela o en la casa?  
Sí\_\_\_ No \_\_\_ Si indicó "Sí" explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorización para la Administración de Medicamentos**

(Nota: Consulte los procedimientos del Distrito para la administración de medicamentos)

- **Si contamos en la actualidad con una autorización actualizada para que el estudiante tome los medicamentos que se listan durante el día escolar, esta sección puede ser completada por el padre / tutor y no necesita ser completada por un médico.**
- **Si no contamos con una autorización actualizada para que el estudiante tome los medicamentos que se listan durante el día escolar, un doctor debe llenar la siguiente sección para medicamentos con prescripción o de venta libre.**

Nombre del Medicamento	Indicaciones y horario para administrarse
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Posibles efectos secundarios de los medicamentos listados  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está autorizado el estudiante a llevar consigo su propia medicina y administrarla él mismo?  
Sí:\_\_\_\_\_ No:\_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Yo(Nosotros) el(los) padre(s) o tutor(es) de \_\_\_\_\_ asignamos al personal de BPS # 271 la autoridad y el consentimiento para firmar documentos de liberación de emergencia médica para médicos y hospitales en nombre de nuestro hijo, y otorgarles y cederles permiso y consentimiento para tratamiento médico de emergencia, operación, administración de anestesia, transfusión de sangre o tratamiento médico urgente de cualquier enfermedad o lesión que cualquier médico calificado pueda considerar necesario para el bienestar de nuestro hijo en caso de que el padre o tutor no pueda ser contactado. Yo (Nosotros) también garantizo (garantizamos) el pago de todos los cargos incurridos durante el curso de dicho tratamiento médico.

Yo (Nosotros) requerimos y autorizamos a mi (nuestro) hijo ser responsable de autoadministrarse el medicamento durante este evento, por lo que liberamos al personal de la

escuela y a los acompañantes la responsabilidad en caso de uso inadecuado y/o restricciones que resulten de los medicamentos. Sí\_\_\_ No\_\_\_

Yo (Nosotros) además entiendo (entendemos) que los miembros del personal y/o los acompañantes notificarán a los padres/tutores de cualquier tratamiento médico tan pronto como sea posible. (Para viajes fuera del estado, se requiere la firma de todas las partes que tienen la custodia legal del estudiante).

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Personal / Recursos / Documentos / Excursión**

Permiso para participar y liberación de responsabilidad por excursión o viaje fuera del estado/ en el extranjero.

Es responsabilidad de la escuela recopilar las liberaciones de responsabilidad firmadas de cada niño que asiste a una excursión. Si la excursión es con noche incluida, la escuela deberá contar con las autorizaciones firmadas por el adulto participante.

Evento/ Excursión \_\_\_\_\_

Fechas \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Por favor cheque uno: \_\_\_ Como el padre/tutor del niño mencionado arriba,  
 \_\_\_ Como adulto participante

doy mi permiso para que la persona arriba mencionada participe en la excursión  
 \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ en la(s) fecha(s) \_\_\_\_\_.

Reconozco y estoy consciente de que esta excursión puede involucrar ciertos riesgos que estoy preparado para aceptar y no responsabilizar al Distrito Escolar de Bloomington #271 ni a su personal.

- Entiendo y acepto cumplir con las reglas de la escuela y las leyes de la comunidad, el estado y el país.
- Después de una consulta médica apropiada, he determinado que la salud de mi hijo es adecuada para participar de forma segura en este programa. En caso de emergencia, autorizo el tratamiento por personal médico de emergencia.
- Entiendo que la Junta Directiva Escolar no tiene o no pueda tener ningún seguro relacionado con el viaje o por lesiones que el estudiante pueda sufrir. Declaro que el estudiante tiene seguro, ya sea a través del Programa de Seguro Estudiantil de la Junta o a través de mi propia compañía de seguros. Si no tenemos cobertura familiar, asumiré la responsabilidad de las facturas médicas asociadas con esta excursión.
- Entiendo que se tomarán las medidas, los planes y las precauciones necesarias para el cuidado y la supervisión del estudiante durante el viaje. También entiendo que seré responsable de pagar todos los

gastos relacionados con el envío de regreso a casa del estudiante por motivos disciplinarios o por enfermedad.

• Por la presente libero y renuncio y además acepto indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar a la Junta Directiva Escolar, a los miembros individuales, agentes, empleados, voluntarios y representantes de los mismos, así como a los supervisores de viajes, de y contra cualquier reclamo que yo, cualquier otro padre o tutor, cualquier hermano, el propio estudiante o cualquier otra persona, firma o corporación pueda tener o afirmar tener, conocido o desconocido, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daño o lesión que surja de, durante o en conexión con el estudiante, su participación en el viaje y las actividades relacionadas o la prestación de procedimientos o tratamiento médico de emergencia, si los hubiera.

**Padre/tutor o adulto participante**

(Para viajes fuera del estado, el Distrito necesita la firma de todos los padres o tutores que tengan la custodia legal).

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_