

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES: Por favor complete este formulario y devuélvaselo a la maestra. La maestra entregará el formulario al asistente de salud o a la enfermera al llegar al centro de educación al aire libre.

Nombre del Estudiante _____
Student's Name _____
 Masculino Male Femenino Female
Domicilio _____ Fecha de Nacimiento _____
Address _____ Birth Date _____ / /
Nombre de la Escuela _____
School Name _____

- Por favor marque todo lo que aplique.
- Mi hijo/a necesita medicamento. (Se requiere que los padres faciliten el medicamento en su envase original, con el rótulo que identifique al mismo y correctamente autorizado en el formulario MCPS Form 525-13: Authorization to Administer Prescribed Medication (Autorización Para Administrar Medicamento de Receta Médica). No se administrará ningún medicamento que no esté en cumplimiento con MCPS Policy JPC: Administration of Medication to Pupils (Política JPC: Administración de Medicamento a Estudiantes).
My child needs medication.
 - Mi hijo/a debe tomar los siguientes medicamentos de venta libre. _____
My child should take the following over-the-counter medications.
He suministrado el formulario MCPS Form 525-13 (no se requiere la firma de un médico para medicamentos de venta libre en el programa de educación al aire libre **solamente**).
 - Mi hijo/a es alérgico/a a las picaduras de insectos hasta el punto de necesitar atención médica.
My child is allergic to insect bites to the extent that he/she needs medical treatment.
(Si se requiere adrenalina, adjunte el formulario MCPS Form 525-14: Emergency Care for Management of Anaphylaxis (Cuidados de Emergencia Para Control de Anafilaxis).)
 - Mi hijo/a tiene una reacción anafiláctica a ciertos alimentos. _____
My child has an anaphylactic reaction to food(s).
Adjunte el formulario MCPS Form 525-14, si se requiere adrenalina.
 - Mi hijo/a es alérgico/a a _____
My child is allergic to _____
 - Mi hijo/a necesita una dieta especial _____
My child has special dietary requirements
(Algunas dietas especiales requerirán que los padres faciliten algunos alimentos.)
 - Mi hijo/a tiene otras condiciones especiales que sería importante que usted conozca. _____
My child has other special conditions of which you should be aware.

Fecha de la última vacuna contra el Tétano _____ / /
Date of student's last Tetanus shot _____

OTRA INFORMACIÓN

OTHER INFORMATION

Nombre del Médico de la Familia _____
Name of Family Doctor _____
Teléfono del Médico _____ - _____
Doctor's Telephone # _____ - _____
Teléfono de la Casa de los Padres _____ - _____
Parent's Home Telephone # _____ - _____
Teléfono del Trabajo de la Madre _____ - _____
Mother's Work Telephone # _____ - _____
Teléfono del Trabajo del Padre _____ - _____
Father's Work Telephone # _____ - _____
Nombre del Contacto en Caso de Emergencia _____
Emergency Contact Name _____
Teléfono del Contacto en Caso de Emergencia _____ - _____
Emergency Contact Telephone # _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

INSURANCE INFORMATION

Nombre de la Compañía de Seguro Médico _____
Medical Insurance Carrier's Name _____
Grupo/Organización _____
Group/Organization _____
Número de Póliza _____
Policy Number _____
Si la Familia es Miembro de un Plan Médico HMO/PPA
If Family is member of HMO/PPA
Nombre de Grupo _____
Name of Group _____
Oficina Utilizada _____
Office Used _____
Número de Identificación I.D. # _____
Número de Teléfono _____ - _____
Telephone # _____ - _____

Marque si su hijo/a es estudiante asistente de una escuela secundaria en el programa de educación al aire libre y escriba el nombre de su escuela.
Check if your child is serving as a high school student assistant and list his/her school _____

Autorizo a mi hijo/a a participar en el programa de educación al aire libre descrito en la carta adjunta que ya he leído. En caso de que no se puedan comunicar conmigo en una emergencia, autorizo al personal del centro de educación al aire libre a que administren el tratamiento adecuado para mi hijo/a.

I give permission for my child to participate in the outdoor education program described in the accompanying letter which I have read. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the staff of the outdoor education center to secure proper treatment for my child.

Firma, Padre/Guardián/Signature, Parent/Guardian

Fecha Date