DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
Oficina de Educación al Aire Libre

INFORMACION DE SALUD Y AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA

Nombre del estudiante _____ H ____ M ____

Fecha de nacimiento _____ Escuela de asistencia _____

INFORMACION DE LA SALUD

Nombre del médico: _____ No. de teléfono (____) _____

1. ¿Ha estado enfermo su hijo/a recientemente? Si es así, describa _____

2. ¿Ha estado expuesto su hijo/a a una enfermedad contagiosa el mes pasado? Si es así por favor indique cuál _____

3. ¿Ha estado su hijo tomando medicinas recetadas? Sí ____ No ____ La medicina debe ser entregada al maestro o director del centro con las instrucciones para su uso en el envase original de la farmacia.

Nombre de las medicina _____ Adjunte un "Pedido para medicina."

4. ¿Su hijo/a ha recibido penicilina? Sí ____ No ____ ¿Es alérgico/a a la penicilina? Sí ____ No ____

5. ¿Es su hijo/a alérgico/a a cualquier otra medicina? Si es así, indique: _____

6. ¿Es su hijo/a alérgico a alguna comida? Si es así, indique: _____

7. Indique la fecha de la última vacuna contra el Tétano: _____

8. ¿Su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Si contesta que sí, indique con una marca.)

☐ diabetes	☐ asma	☐ enfermedad o	☐ extraña su casa
☐ epilepsia/
trastornos
convulsivos	☐ frecuentes resfríos	☐ murmullos del corazón	☐ se enferma en los autos
☐ jaqueca	☐ dolor de oído	☐ problemas intestinales	☐ se orina en la cama
☐ dolor de cabeza	☐ sinusitis	☐ zumaque venenoso	☐ camina dormido/a
	☐ fiebre del heno	☐ alergia a picaduras
de insectos	☐ otros problemas
	☐ vómitos		_____

Los padres/tutores serán notificados inmediatamente de cualquier enfermedad o accidente que ocurra con su hijo/a. Por favor adjunte cualquier información adicional que le ayude al personal a dar asistencia a su hijo/a.

AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA

A los organizadores del paseo:

En caso de que durante el paseo de estudio al aire libre fuera necesario proporcionarle a mi hijo(a) asistencia o tratamiento médico, y no fuera posible ubicarme a mí por teléfono, mediante la presente otorgo permiso a los organizadores para que tomen las medidas necesarias del caso para obtener servicios de asistencia médica. Entiendo que todo costo relacionado con dichos servicios quedará a mi cargo.

Firmado el _____ de _____ de 20_____

Firma del padre o tutor

Dirección _____

TELEFONO DONDE SE PUEDE LLAMAR AL PADRE O TUTOR:

Hogar (____) _____ Negocio (____) _____ Emergencia (____) _____

Review of health card and comment if indicated: _____

Rev. 1/01 OUTDOOR/HEALTH

School nurse's initials

276-0494/rc Translated by the LAUSD Office of Communications, Translations Unit (213) 229-5840