FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA PASEO

ESCUELAS PUBLICAS DE PUTNAM CITY

Con esta reconozco que mi hijo es un estudiante actual en las escuelas públicas (distrito de) Putnam City y que participará en una actividad académica o extracurricular en otra localidad.

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:: /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: Grado: Maestro/a:

Mi hijo participará en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la siguiente localidad:

 en la siguiente fecha(s):

INFORMACIÓN PARA CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre de los padres o guardianes:

Hogar #: Celular Trabajo #:

Persona adicional: Teléfono:

Nombre de su médico: Teléfono

Nombre seguro médico: Póliza #:

Enliste alergias o consideraciones especiales de su hijo:

**MEDICAMENTOS: Complete la parte de atrás de esta forma si su hijo toma medicamentos.**

CONSENTIMIENTO:

Yo entiendo que en el evento de una emergencia médica, se llamarán los servicios médicos de emergencia/911 y mi hijo será transferido a una facilidad médica. Entiendo este acuerdo y creo que son necesarios el plan y precauciones que se llevarán a cabo para el cuidado y supervisión de los niños durante el paseo que harán. Entiendo que son aplicables todas las reglas del distrito y que permanecerán en efecto durante la duración del paseo y cualquier violación de estas reglas resultará en consecuencias de acuerdo a la política del distrito cuando el estudiante regrese a la escuela. También entiendo que no contaré con devolución monetaria si mi hijo es sacado de este paseo por cualquier razón.

En consideración de las ventajas que mi hijo tendrá al participar en este paseo, aquí mismo yo pongo en libertad al Distrito, sus oficiales, agentes, empleados, afiliados y sucesores y libero de cualquier y toda responsabilidad, demanda, reclamación, y perdidas de toda clase las cuales pudieran ocurrir más adelante y que estén relacionadas con cualquier actividad, inactividad o negligencia que pudiera ocurrir de, relacionado a, o conectado con la involucración de mi hijo en este mencionado paseo. Si mi hijo llegara a sufrir cualquier daño durante el transcurso del susodicho paseo, estoy de acuerdo en pagar por mi propia cuenta y/o usar mi propio seguro médico para cubrir cualquier recibo medico u otras perdidas que yo pudiera sufrir. Al firmar este documento reconozco que he leído este acuerdo y entiendo su contenido, y que acepto por mi propia voluntad la responsabilidad legal de sus términos y condiciones. Aquí mismo doy consentimiento para que mi hijo participe y asista en el susodicho paseo.

Firma de los padres: Fecha:

Parent Name (print):

\*\*El estudiante puede poner su nombre en letra de imprenta y firmar si es mayor de 18 años de edad.

Medicamentos

Cualquier medicamento que normalmente se tome durante horas escolares se necesitará tomar durante el curso de este paseo y seguirá los procedimientos regulares del Distrito relacionados con frecuencia, dosis y método de administración.

Si es es un nuevo medicamento que no se mantiene actualmente o se administra en la escuela, entiendo que se debe registrar con la enfermera escolar el día **anterior** al paseo y llenar y firmar todas las formas médicas necesarias. No se le permite al personal escolar administrar medicamentos que no tengan una etiqueta farmacéutica (o medicamentos sin receta en contenedor nuevo, sin abrir de la edad y dosis apropiada) y un permiso firmado en el expediente de estudiante con la enfermera escolar.

 **El estudiante ya tiene medicamento en la escuela con una forma de permiso firmada.**

 Firma del padre/guardián Nombre en imprenta del padre/guardián Fecha

 **Estoy mandando un medicamento nuevo. (Favor de completar la siguiente sección)**

**Nuevo medicamento(s)**

Llene y devuelva a la escuela con la medicina de su hijo en el contenedor farmacéutico **ORIGINAL** más reciente **CON** la etiqueta de la receta o con la orden del médico para medicamentos de muestra.

**¿Nos autorizan a contactar la oficina de su médico para clarificar la orden de este medicamento? Sí No**

Estudiante: Fecha de nacimiento:

Medicamento (escribe el nombre y potencia de acuerdo a la etiqueta):):

Horario de dosis: Fecha de caducidad:

Propósito del medicamento: Cuantas veces:

Nombre del médico: Teléfono #:

Numero de píldoras que se mandan a la escuela: Numero de píldoras que llegaron a la escuela:

Instrucciones especiales:

Firma de los padres: Fecha:

Firma de enfermera/asistente/secretaria: Fecha:

**El estudiante lleva consigo su medicamento de emergencia durante el paseo (la forma apropiada con la firma del médico se encuentra en el expediente escolar). “Yo dejo en libertad al Distrito Escolar Independiente 1 del condado de Oklahoma, el distrito comúnmente conocido como Putnam City Schools, sus oficiales, y sus empleados, de toda y cualquier responsabilidad que pudiera resultar de que mi hijo lleve consigo en este paseo su inhalador para el asma, inyección de epinephrine o artículos para diabéticos.”**

**Firma de los padres: Fecha:**

***NOTA: Se deben mantener copias de este documento en la oficina de la escuela , con la oficina de la enfermera y una con el patrocinador del paseo***.