



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE CONEJO FORMULARIO DE SALUD PARA LA ESCUELA AL AIRE LIBRE

Nombre del estudiante, apellido (Favor escriba con claridad) _____

Escuela _____

Los siguientes remedios estarán disponibles para usarse si se necesitan, durante su estadía en la Escuela al Aire Libre:

- | | |
|--|--|
| 1. Tylenol de niños para el dolor de cabeza | 4. Loción Calamine para la comezón |
| 2. Tums para el dolor de estómago | 5. Pomada Neosporin para cortadas / abrasiones |
| 3. Pastillas para la tos y enjuagues bucales para la tos y dolor de garganta | 6. Benadryl |

Yo estoy de acuerdo que se usen los remedios arriba mencionados, si es necesario, para mi hijo(a).

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Médico Personal: _____ Teléfono: _____

****Este formulario es adicional a la Autorización para Paseos escolares o Excursiones y el formulario para Tratamiento Médico de menores (SFA2010 y SFA2010S) y no tiene el propósito de reemplazar el formulario de Autorización.***

Para ayudarnos a cumplir con las necesidades de su hijo(a), favor de completar la siguiente información:

1. ¿Es su hijo(a) alérgico(a) a medicamentos o comida? _____

Si es así, indique en detalle y en qué medida se deben evitar estos alimentos? _____

2. ¿Su hijo(a) tiene alguna dieta especial? Favor marque todas las que apliquen:

Kosher Vegetariana Sin gluten Sin carne de cerdo Sin carne de ternera Intolerancia a la lactosa

3. ¿Su hijo(a) requiere una pluma de Epi, para cualquiera de las alergias indicadas anteriormente? _____

4. ¿Su hijo(a) camina dormido(a), necesita limitar líquidos, o tiene algún otro problema para dormir? _____

Si es sí, por favor especifique _____

5. ¿Hay otros factores que puedan afectar el cuidado de su hijo, tales como el asma, las alergias, diabetes, convulsiones, etc.? _____ Si es así, por favor describa _____

6. ¿Su hijo(a) ha sido expuesto(a) a alguna enfermedad transmisible en los últimos 21 días? _____

Si es así, ¿cuándo? _____

7. ¿Su hijo ha recibido vacuna contra el tétano? _____ Si es así, ¿cuándo? _____

8. ¿Sabe usted de cualquier factor de salud que hace aconsejable que su hijo(a) siga un programa limitado de actividad física (esguinces, extremidad fracturada, etc.)? _____ En caso afirmativo, explique _____