

INFORMACION MÉDICA**NOMBRE DE LA ESCUELA:** _____

Padre/Tutor debe de llenar esta sección. Esta información sera sólo entregada al doctor en caso de una emergencia y acompañara al empleado de Education in Action asignado a su programa.

Nombre del Alumno _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Padre/Tutor _____ Teléfono _____

Hablar en Caso de Emergencia a _____ Parentesco _____

Numero de la Persona _____ Tel. Por la Noche# _____

Nombre del Seguro Médico _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre del Seguro Médico _____ Grupo o ID# _____

Nombre del Dr. del Estudiante _____ # de Tel. _____

Dirección del Dr. _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Favor de checar cualquiera de la condiciones que apliquen al estudiante:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataques Epileeticos | <input type="checkbox"/> Reacciones a medicinas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad reciente | <input type="checkbox"/> Esta tomando medicina actualmente | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Por favor escriba detalladamente una descripción de las condiciones que haya checado que debamos saber, incluyendo alguna dieta especial y la descripción del alimento y/o medicinas que tome. Favor de agregar notas adjunto sí es necesario

Fecha de la inyección del tetano ____/____/____

¿Necesita algún tipo de arreglo especial debido a su condición física? ¿Necesita asistencia o alguna ayuda medica específica para poder moverse solo e independiente? Favor de indicar que tipo de ayuda necesita para que le podamos ayudar a hacer los arreglos necesarios. Si contesta "sí" a cualquiera de los puntos abajo, por favor use espacio para explicar qué tipo de asistencia. Puede usar mas hojas si es necesario.

| | | | |
|------------------------|----|----|---------------------------|
| Incapacidades Físicas | No | Si | Necesito asistencia _____ |
| Problemas Psicológicos | No | Si | Necesito asistencia _____ |
| Sordomudo | No | Si | Necesito asistencia _____ |
| Impedimento Visual | No | Si | Necesito asistencia _____ |

¿Hay alguna otra razon por la cual el participante necesite ayuda especial ? Si es así, favor de explicar. Puede usar mas hojas si es necesario.

Si ó No. Necesidades especiales _____

Education in Action apoya la participación de estudiantes con discapacidades. Para ayudarnos favor de llamar a Education in Action para mas información sobre las necesidades del estudiante, es importante que llame el padre/tutor para hablar sobre el programa que va a atender.

Favor de firmar el formulario en la siguiente página.

FORMULARIO DE AUTORIZACION MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA

Por este medio, yo, _____, padre / tutor de _____, solicito, doy autorización y permiso a Education in Action o su representante de actuar en mi lugar en caso que mi hijo(a) se sienta mal o enfermo, se haya lastimado, o requiera atención médica, incluyendo servicios de emergencia u hospitalización durante su participación en el programa de aprendizaje experiencial de Education in Action. Entiendo que si mi hijo(a) se queja de sentirse mal o enfermo o se lastima durante la excursión “Descubriendo Texas” de Education in Action, será llevado a sala de emergencia del hospital más cercano y será tratado por el médico de urgencias que esté presente en dicha sala. En caso que el doctor determine que mi hijo(a) no necesita ser hospitalizado pero que tampoco puede continuar participando en el programa, dando su recomendación por escrito, mi hijo(a) será escoltado al camión donde ya sea que permanezca ahí bajo la supervisión de Education in Action o que yo como padre o tutor llegue a recogerlo.

Establezco claramente y estoy de acuerdo que todos los gastos incurridos corren por mi cuenta. De igual manera eximo de toda responsabilidad, daño, acción, demandas y quejas presentes o futuras; ya sean conocidas o no, anticipadas o no y como resultado de las acciones de Education in Action en conformidad con este permiso.

Firma del Padre o Tutor

Fecha