

## INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

### Obligatorio para todos los alumnos que van a High Trails

- Forma completa de Información en caso de emergencia.
- Firma del padre o tutor en la parte se da autorización para Tratamiento en caso de Emergencia
- Firma del padre o tutor en la parte se da autorización para dar medicamentos que no requiere receta medica.

(PARTE A)

### Completa las PARTES B, C, v D para los alumnos que requieren tomar medicamentos (página 3 v 4).

Por favor rellene todos los espacios en blanco con información relevante o indicar No/Aplicable (N/A)

Nombre del Estudiante (apellido/nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ El género **M** **F**

Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ # Trabajo Papá \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ #Trabajo Mamá \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia (si no se puede localizar los padres) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_

**Preocupaciones de Salud:** Esta sección debe ser completar en totalidad.

**Se ha tratado a su hijo/a por una enfermedad contagiosa, en las últimas tres semanas?** (sí/no) ¿Si es así, que? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas de salud y/o la dieta?

**Asma?** (sí/no) Explique \_\_\_\_\_

**Inhalante?** (sí/no) ¿Cual? (rescate, preventivo) \_\_\_\_\_

**Reacciones a Medicamentos?** (sí/no) Si es así, ¿cual? \_\_\_\_\_

**Alergias?** (sí/no) Si es así, ¿cual? \_\_\_\_\_

**Epi-Pen?** (sí/no) ¿Para tratar cual alergia? \_\_\_\_\_

**Diabetes?** (sí/no) Explique \_\_\_\_\_

**Operaciones?** (sí/no) Explique \_\_\_\_\_

**Restricciones en la dieta?** (sí/no) Explique \_\_\_\_\_

**Enfermedad grave?** (sí/no) Explique \_\_\_\_\_

Médico del Estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico \_\_\_\_\_

Seguro Médico (sí/no) Nombre del Plan \_\_\_\_\_ Política/Grupo# \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

En el caso de que no me puedan localizar en caso de que mi alumno/a requiera tratamiento de emergencia, Yo doy mi autorización para que el director de High Trails y el personal administrativo seleccione a un medico para darle tratamiento y hospitalización si lo necesario. Yo me doy por enterado/a que el personal hará todo lo posible para contactarme antes de tomar una decision en caso de enfermedad/accidente que necesite tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARTE A: AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS QUE NO NECESITAN RECETA MEDICA**

Si su hijo/a necesita un medicamento durante su estancia en nuestro campamento de High Trails, nosotros tenemos algunos medicamentos a la mano. La enfermera de High Trails evaluará la necesidad y administrar estos medicamentos para el alivio sintomático.

Estos son algunos medicamentos que tenemos en la enfermería de High Trails:

- Paracetamol (Tylenol)
- Acetaminophen/Caffeine/Pyrimilamine Maleate (Midol)
- Ibuprofeno (Motrin/Advil)
- Naproxeno (Aleve)
- Descongestionantes (Dimetapp/Sudafed)
- Antihistamínicos (Benadryl/Claritin)
- Antiácido (Mylanta/Tums)
- Repelente (containing DEET)
- Pastillitas para la tos (Throat lozenges)
- Protección Solar

\_\_\_\_\_ **Doy** permiso para que la enfermera en la High Trails Outdoor Education Center para dar mi hijo,

\_\_\_\_\_, over-the-counter medicamentos **excepto**

\_\_\_\_\_ para proporcionar alivio sintomático de la enfermedad.

\_\_\_\_\_ **Yo no doy** permiso a mi hijo, \_\_\_\_\_, para recibir cualquier medicamento de venta libre.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Obligatorio para todos los estudiantes que traen con prescripción o medicamentos o de venta libre a High Trails:**

- ✓ **El Padre/Guardián Legal Finalización/ Firma -- PARTE B**
- ✓ **Firma del Padre/Guardián Legal -- PARTE C**
- ✓ **Proveedor de Cuidado de la Salud Finalización/Firma -- PARTE D**

**PARTE B: AUTORIZACION PARA LA ENFERMERA PARA ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS**

Si su estudiante **TRAERÁ** los medicamentos de venta libre, medicamentos homeopáticos, y/o herbales que deben tomarse mientras que en High Trails, por favor llene y firme abajo. **Los medicamentos no se pueden dar sin esta autorización. Usted también debe completar la PARTE C y el proveedor de salud PARTE D.**

El Padre/Guardián Legal de \_\_\_\_\_, pide la enfermera a High Trails dar  
Nombre del Niño

medicamentos a mi hijo/a, como lo indique el médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Notas del hogar con respecto a la administración de medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE C: AUTORIZACIÓN PARA EL MÉDICO EN LA PROVISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA HIGH TRAILS**

**\*Los medicamentos recetados** deben tener una autorización firmada con el medico y deben venir en su envase original de la farmacia en su etiqueta: el nombre del niño, nombre de la medicina, el tiempo que debe darse, dosis, fecha de la medicina se va a detener, el nombre del proveedor de cuidado de salud con licencia, nombre de la farmacia y número de teléfono.

**\*Medicamentos de venta libre traído a High Trails** debe tener la autorización de un medico firmado y debe ser marcado con el nombre del niño. La dosis debe coincidir con la autorización del medico firmado, y el medicamento debe der envasado en su envase original. Todos los medicamentos de venta libre requieren la autorización de un proveedor de cuidado de salud, incluyendo, pero sin limitarse a: las vitaminas, los medicamentos para la alergia, pastillas para la tos, antiácidos, analgésicos, etc.

**Al firmar abajo, doy permiso para que el médico de mi hijo para compartir información acerca de la administración de esta medicación con la enfermera o el director de High Trails.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARTE D: AUTORIZACIÓN POR MÉDICO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN HIGH TRAILS**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicación #1: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo(s): **PRN Diario Otro**

Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_ Informe de estos posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales y Notas: \_\_\_\_\_

Medicación #2: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo(s): **PRN Diario Otro**

Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_ Informe de estos posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales y Notas: \_\_\_\_\_

Medicación #3: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo(s): **PRN Diario Otro**

Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_ Informe de estos posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales y Notas: \_\_\_\_\_

Medicación # 4: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo(s): **PRN Diario Otro**

Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_ Informe de estos posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales y Notas: \_\_\_\_\_

Medicación #5: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo(s): **PRN Diario Otro**

Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_ Informe de estos posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales y Notas: \_\_\_\_\_

Utilice el formulario adicional si es necesario.

\_\_\_\_\_

*Firma del proveedor de atención médica con autoridad para recetar Número de teléfono Fecha*

\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica con autoridad para recetar