



# BURLINGTON AREA SCHOOL DISTRICT

209 WAINWRIGHT AVENUE, BURLINGTON, WI 53105

(262) 763-0210

BASD.K12.WI.US

**DEVUELVA este formulario con una copia de la tarjeta del seguro médico a la Oficina de Salud de la escuela por lo menos 7 días antes de la excursión. Los medicamentos requeridos deberán traerse a la Oficina de Salud 2 días antes de la partida a la excursión.**

Nombre del evento: \_\_\_\_\_ Miembro del personal/entrenador responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención de la salud de la familia: \_\_\_\_\_ Fecha del último refuerzo contra el tétanos: \_\_\_\_\_

**Afecciones de salud:**

Sí	No	
___	___	Tomará medicamentos durante la excursión (En caso afirmativo, lea las recomendaciones que aparecen abajo y complete el reverso de este formulario)
___	___	Asma (asegúrese de que el estudiante lleve su inhalador)
___	___	Diabetes (el padre/madre/tutor debe proporcionar todos los suministros)
___	___	Problemas cardíacos: _____
___	___	Problemas de articulaciones o huesos: _____
___	___	Trastornos de la coagulación: _____
___	___	Trastornos convulsivos: _____
___	___	Migrañas; dolor de cabeza/abdominal
___	___	Mareos (en autobús/avión/barco)
___	___	Sonambulismo
___	___	TDAH / TDA (ADHD / ADD)
___	___	Problemas de depresión/ansiedad/salud mental: _____
___	___	Alergias: (Especifique la gravedad, el tipo y las reacciones que presenta. <b>Si necesita un autoinyector de epinefrina [Epi-Pen], debe tener DOS autoinyectores</b> ) Tipo: _____
___	___	Otros problemas de salud (especificar) _____

**Medicamentos que debe llevar a la excursión: (Si corresponde, complete el formulario de consentimiento para la administración de medicamentos, que aparece en el reverso)**

- **Medicamentos recetados:** deben estar en el envase original con la receta vigente, el nombre del alumno, la dosis correcta y las instrucciones para la administración en la etiqueta. **Medicamentos de venta libre:** deben estar en el envase original, no deben estar vencidos, y la etiqueta que indica la dosis segura debe ser legible. (*Política escolar 453.1*) Escriba el nombre del alumno en el envase con marcador permanente.
- **Se requiere entregar la orden del médico de los medicamentos recetados en la Oficina de Salud de la escuela antes del evento.**
- **Sólo envíe el o los medicamentos y la cantidad de pastillas que el alumno necesite durante la excursión.**
- **TODOS** los medicamentos requieren que se archive en la Oficina de Salud y que se presente en dicha oficina de la escuela un formulario de consentimiento para la administración de medicamentos un día antes de la salida de la excursión. En caso de que queden medicamentos después de la excursión, uno de los padres del estudiante deberá retirarlos.
- Todos los medicamentos serán transportados por el miembro del personal responsable de coordinar la excursión. A excepción de los inhaladores, autoinyectores de epinefrina (Epi-pen) y medicamentos para la diabetes, **no se permite a los estudiantes tener los medicamentos en su poder.**

-----  
Por el presente, autorizo al maestro o a la persona encargada a proporcionar el tratamiento o los primeros auxilios y entiendo que se llamará al servicio médico de emergencia para el menor nombrado arriba en caso de ser necesario. Autorizo a que toda la información que he proporcionado, que está actualizada y que es correcta, se comparta con las personas que necesiten conocerla para la seguridad y el bienestar del menor.

\_\_\_\_\_  
Firma OBLIGATORIA del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del alumno: Fecha de nac.: Grado:

Escuela: Alergias:

Autorización de padre/madre/tutor:

Yo, padre/madre/tutor del alumno mencionado arriba, he leído la política de medicamentos de la escuela y solicito que el medicamento indicado abajo se administre a mi hijo(a) en la escuela. Entiendo que una persona designada y calificada administrará el medicamento y soy responsable de mantener la cantidad suficiente en la escuela para evitar la interrupción de las instrucciones del médico.

Firma del padre/madre/tutor: Fecha:

PARA MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA: (NO es necesaria la firma del médico)

Medicamento: Dosis: Frecuencia:

Horario: Vía de administración: Motivo: Fecha de inicio: Fecha de fin:

PARA MEDICAMENTOS RECETADOS SOLAMENTE: (para ser completado solamente por el médico, el asistente médico o el enfermero de práctica avanzada)

Medicamento y dosis: Cantidad: Horario:

Vía de administración: Motivo: Efectos secundarios:

EMERGENCY MEDICATION MANAGEMENT (Asthma Inhalers / Epi-Pens / Glucagon) :

Student CAN CANNOT carry & self-administer the prescribed RESCUE INHALER

Student CAN CANNOT carry & self-administer the prescribed EPI-PEN

Student CAN CANNOT carry the prescribed GLUCAGON

Medical Provider Signature: Date:

Address: Phone: