

CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT OUTDOOR SCHOOL HEALTH FORM

Student's Name, Last Name First (please print clearly) _____

School _____

The following remedies will be available to use if needed by your child during their stay at Outdoor School:

1. Children's Tylenol for headaches
2. Tums for upset stomach
3. Cough Drops and mouthwash for coughs or sore throats
4. Calamine lotion for itching
5. Neosporin ointment for cuts / abrasions
6. Benadryl

I agree that the above remedies may be used, as needed, by my child.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Address: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Personal Physician: _____ Phone: _____

**This form is in addition to the Field Trip or Excursion Authorization and Medical Treatment Authorization form for minors (SFA-2010 and SFA 2010S) and is not intended to replace the Authorization form.*

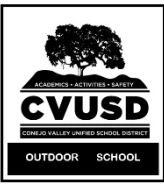
To help us better meet your child's needs, please complete the following information:

1. Is your child allergic to any medication or foods? _____
If so, please list in detail and to what degree these foods should be avoided: _____

2. Does your child have any special dietary requirements? Please **circle** all that apply:
Kosher vegetarian gluten-free no pork no beef lactose intolerant
3. Does your child require an Epi- pen for any of the noted allergies above? _____

4. Does your child walk in their sleep, need to limit liquids, or have any other problems sleeping? _____
If so, please specify _____
5. Are there any other factors which might affect the care of your child, such as asthma, allergies, diabetes, seizures, etc.? If so, please describe _____

6. Has your child been exposed to any communicable diseases within the past 21 days? If so, which one(s) _____
7. Has your child had a tetanus shot? _____ If so, when? _____
8. Do you know of any health factor that makes it advisable for your child to follow a limited program of physical activity (sprains, broken limb, etc.)? _____ If yes, explain _____



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 _____