



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
2. Tums para el dolor de estómago
3. Pastillas para la tos y enjuagues bucales para la tos y dolor de garganta
4. Loción Calamine para la comezón
5. Pomada Neosporin para cortadas / abrasiones
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 (SFA 2010 and SFA 2010S) 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 escriba _____

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

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 _____