

Omak High School

619 W. Bartlett Ave

Omak, WA 98841

Phone (509) 826-5150 / Fax (509) 826-8515

FORMULARIO DE PERMISO DE EXCURSIÓN / ACTIVIDAD ESCOLAR DE OHS

Fecha: _____

Estimado padre/tutor:

La clase de _____ va a participar en una excursión el _____
(Clase/asignatura) (Fecha)
al _____ como extensión del proceso de aprendizaje en el aula.
(Lugar de la excursión)

Le aseguramos que se tomaremos todos los pasos para tener una experiencia de aprendizaje segura. Le solicitamos que le dé permiso a su hijo / hija para participar en la excursión. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Escuela de Omak.

(Firma del Instructor)

Por la presente doy mi permiso para que _____ participe en la excursión. Yo Prometo que mi conducta reflejará en todo momento crédito sobre mí mismo, mis padres y la escuela.

(Firma del estudiante)

Si surge una emergencia mientras su hijo está participando en una actividad fuera de casa, ¿acepta un examen y / o tratamiento por parte de un médico en el consultorio u hospital del médico local?

Si _____ No _____ Si su respuesta es "No", especifique los procedimientos que desea que siga el personal del distrito:

Nombre de la Compañía de Seguros _____ Numero de póliza _____

¿Su hijo necesita tomar medicamentos durante este viaje? (Por favor, marque uno) **SÍ** **NO**

Si su hijo requiere medicamentos durante este viaje, es posible que el medicamento solo se administre si está en el recipiente actual y debidamente etiquetado. **Todos los medicamentos (incluidos los inhaladores para el asma) deben ir acompañados del formulario de autorización adecuado (página 2 - en la parte posterior de este formulario)** y deben ser completados en su totalidad por el médico y el padre / tutor. Los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre/tutor y registrados por un miembro del personal designado/ capacitado para recibir y distribuir el medicamento (enfermera escolar, Debra Lawrence). Según la póliza escolar, los estudiantes no pueden llevar medicamentos con ellos (los inhaladores para el asma son la UNICA excepción con el formulario de autorización firmado por el médico y los padres). Si tiene alguna pregunta sobre la medicación, comuníquese con nuestra enfermera de la escuela.

(Firma del padre/tutor)

(Teléfono de contacto)

Medication Authorization For Medication Administration at School

Student Name: _____

Birth Date: _____

School: Omak High School 826-8395/Fax 826-8515

Grade: _____

LICENSED HEALTH PROFESSIONAL (LHP) Complete this section using one form for each medication

Diagnosis or reason for medication: _____

Severity of the problem: mild moderate severe

Activity modifications or restrictions: _____

Name of Medication	Dosage	Method of administration	Time to be given or frequency if PRN

Possible side effects of medications: _____

Can the student travel on field trips > 30 minutes away from emergency medical response? yes no

Student has been instructed in the correct way to use this medication. yes no

Student has demonstrated the skill level necessary to use the medication appropriately without supervision. yes no

Student may carry and self-administer the medication ordered above. yes no

I request and authorize that the above-named student be administered or self-administer this oral medication according to the instructions indicated above from / / to / / (not to exceed current school year) as there exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours.

_____ *Date of Signature*

_____ *Licensed Health Professional*

_____ / _____
Phone FAX

_____ *Name (Print)*

PADRE O GUARDIAN Completan esta seccion

Requiero y autorizo a la escuela a proporcionar medicacion al estudiante arriba mencionado de acuerdo con las instrucciones de LHP durante el period de / / al / / (no mas del ano escolar actual). Entiendo que la informacion sobre el problema de salud y este medicamento, ser compartido con el personal de la escuela que necesite saber.

Mi hijo/a puede tomar este medicamento en la escuela por si mismo/a ___SI___ ___NO___

Si doy permiso para que mi hijo/a lleve y administer por si mismo/a este medicamento en la escuela, entiendo que el distrito no sera responsable de ningun dano que resulte por la administracion de medicamentos a si mismo/a por parte del estudeate, y no hare responsable a el distrito, ya sus empleados, o agentes contra ningun reclamo que resulte debido a la administracion, de medicamentos a si mismo/a por parte del estudiante.

_____ *Fecha de Firma*

_____ *Firma de Padre o Guardian*

_____ *Telefono de Casa*

_____ *Telefono Cellular o de Lugar de Empleo*