

Maestro(a) _____

**Burke County School Health
(Salud Escolar del Condado de Burke)**

Formulario de Permiso e Información para las Excusiones de Día Prolongado/Durante la Noche

Nombre de la Excursión/Destino: _____ Fecha(s) del Viaje: _____

Acompañante de la Excursión: _____

Nombre del(a) Estudiante _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
No. Teléfono Casa _____ Edad _____ Peso _____
Nombre de la Madre _____ No. Teléfono Trabajo _____
Nombre del Padre _____ No. Teléfono Trabajo _____
Otros Números de Teléfono de Emergencia _____

Describa cualquier condición médica que su hijo(a) tenga _____

Alergias Graves (alimentos, insectos, otros) _____

La información de contacto del médico de atención primaria de su hijo(a) o del proveedor de atención médica primaria:

Para cualquier **medicamento** recetado y/o de venta libre que su hijo(a) deba tomar durante el viaje, **el médico y uno de los padres deberán firmar un formulario de medicamento para cada medicamento.**

Para los medicamentos de emergencia como los inhaladores, Diastat, Epi-Pens, etc. que usted **no tenga** un Plan de Acción de Emergencia completado por el médico en el archivo de la escuela, requerirán un formulario de medicamentos para esos medicamentos, completado por ambos, usted y el médico, para que estos sean administrados durante el viaje. Todos los medicamentos recetados (incluidos los medicamentos de emergencia) deben estar en el envase original con una etiqueta de farmacia. Todos los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original con el nombre de su hijo(a) escrito en el envase. Los formularios de medicamentos se pueden obtener del(a) maestro(a) de su hijo(a), la oficina de la escuela, o se pueden imprimir desde la página de inicio de BCPS bajo parents-student health-medication-medication administration request form (formulario de solicitud para padres/estudiantes de administración de salud-medicamentos-administración de medicamentos).

¿Tiene su hijo(a) seguro médico, Health Choice o Medicaid? Sí No
Nombre de Compañía Aseguradora: _____ Número de Póliza: _____

AUTORIZACIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Soy el padre/madre o acudiente legal de _____, un(a) estudiante que estará bajo el cuidado de las Escuelas del Condado de Burke durante este viaje de día prolongado/durante la noche. Doy permiso para que mi hijo(a) vaya a este viaje. Entiendo que en el caso de una emergencia médica, las Escuelas del Condado de Burke buscarán los servicios médicos necesarios y que se me notificará de cualquier emergencia médica tan pronto como sea posible. Entiendo que soy responsable por cualquier costo financiero incurrido como resultado de la obtención de este servicio médico. Esta autorización concluirá cuando mi hijo(a) regrese de la excursión de día prolongado/estadía de noche.

En caso de una emergencia, doy mi consentimiento para que la información de atención médica de mi hijo(a) sea divulgada por cualquier médico u otro proveedor de atención médica que trate a mi hijo(a), o por el médico de atención primaria o el proveedor de mi hijo(a) que se indica a continuación, al acompañante de viaje mencionado anteriormente. Este consentimiento se aplicará, sin limitación, a documentos, informes verbales o escritos, radiografías u otro tipo de tomografías, resultados de exámenes o cualquier otra información, independientemente de si se puede considerar información protegida de salud conforme a HIPAA o la ley estatal aplicable.

La información de contacto del médico de atención primaria de mi hijo(a) o del proveedor de atención médica primaria:
