



REGISTRO Y FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

(Debe ser completado y firmado por el padre o tutor legal- POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre del Estudiante: _____ M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Escuela _____ Grado _____ Maestra(o) _____

Padre/ Tutor 1: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: (_____) - _____ - _____ Teléfono de Noche: (_____) - _____ - _____

Padre/ Tutor 2: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: (_____) - _____ - _____ Teléfono de Noche: (_____) - _____ - _____

¿Lo añadimos a nuestra lista de correo? SI NO Correo Electrónico: _____

En una emergencia, llamaremos a las personas mencionadas arriba ó a: (Incluya código de Área)

1) _____ Relación: _____ Telefono: (_____) - _____ - _____

2) _____ Relación: _____ Telefono: (_____) - _____ - _____

Nombre del Medico: _____ Teléfono: (_____) - _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

MEDICAMENTOS EN EL CAMPAMENTO

Cualquier medicamento, recetado y sin receta, o suplemento tomado en el campamento debe venir con un FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTO completo y exacto firmado tanto por el padre como por el médico. Revise la HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS para más detalles. Preguntas: llame al 269-721-8161

PERMISO PARA TOMAR FOTOS

Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y para que su foto sea utilizada en medios promocionales para el campamento. No se darán a conocer nombres ni se proporcionará ninguna compensación.

SI

NO

PREGUNTAS GENERALES DE SALUD

1. Escriba las lesiones recientes, enfermedades o condición grave contagiosa que pueda afectar la participación del niño(a):

2. Escriba cualquier enfermedad crónica o recurrente: _____

3. Escriba cualquier limitación física:

4. Escriba cualquier ALERGIa en alimentos, medicinas, picaduras de abeja / avispa: _____

5. Mencione cualquier **RESTRICCIÓN ALIMENTICIA**: ¡llame con anticipación al campamento para cualquier tipo de dietas especiales! 269-721-8161, ejemplos, sin gluten, vegetariano, etc. _____

6. Su hijo (a) ¿moja la cama? SI NO ¿Camina Dormido? SI NO

7. ¿ Las vacunas de su hijo(a) están al día? SI NO

8. ¿Algo más que deberíamos saber? _____

Doy mi permiso para que mi hijo(a) asista al Centro de Educación al Aire Libre de las Escuelas Públicas de Battle Creek (BCPS OEC), un campamento para niños con licencia del Estado de Michigan, y para que participe en todas las actividades planificadas. Acepto eximir de responsabilidad a BCPS OEC y a los miembros de su personal que realicen las actividades de todos y cada uno de los reclamos, demandas, pérdidas o causas relacionadas de daños y perjuicios, incluidos, entre otros, los reclamos que puedan resultar de lesiones o muerte, accidente o de otra manera, durante o surgiendo de alguna manera de las actividades. BCPS OEC no es responsable por artículos personales perdidos, robados o dañados. Este historial de salud es correcto según mi leal saber y entender. Entiendo que en caso de enfermedad o accidente, se intentará contactarme a los números de teléfono mencionados anteriormente. En caso de emergencia, si el personal del campamento no puede ponerse en contacto conmigo, doy mi autorización al BCPS OEC para asegurar el tratamiento médico y quirúrgico de emergencia, así como atención médica no quirúrgica de rutina para mi hijo(a) menor de edad mientras esté en el campamento. Doy mi permiso para que el personal autorizado transporte a mi hijo(a) a un hospital acreditado para que lo diagnostique un médico con licencia. Los padres / tutores y las personas de contacto de emergencia que figuran en este formulario están autorizados a recoger a mi hijo(a) del campamento si es necesario. Entiendo que mi hijo(a) no podrá salir del campamento por ningún otro motivo sin el consentimiento expreso de un padre o tutor.

Firma (Debe de ser padre o tutor legal)

(fecha)

Testigo si es necesario

(fecha)