

Semana _____

**Escuela al Aire Libre de Kraxberger
Formulario de la Historia de Salud**

Homeroom Teacher _____

Teléfono de Casa _____

Nombre de estudiante _____ Edad _____ Sexo _____

Nombre de la madre _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Nombre del padre _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Médico de la familia _____ Teléfono _____

**Por favor marque el mejor número para llamar primero **

Dé Nombres y Números de Teléfonos de tres amigos o parientes para ponerse en contacto si los padres no pueden ser alcanzados:

1. _____ Teléfono _____

2. _____ Teléfono _____

MEDICACION

ESTUDIANTE QUE REQUIEREN MEDICAMENTO: ORS 475.005-285

Toda la medicación dada a estudiantes debe ser dispensada estrictamente bajo lo siguiente:

- A. Tener la medicina suficiente para la semana. La medicina debe estar en su envase original con la etiqueta indicando el nombre de niño/a, número de la receta, fecha, dosis y de lo que es el medicamento.
- B. Con medicamentos sin receta, por favor, envíelos con la botella original y etiqueta. La Firma paternal y las instrucciones deben acompañar.
- C. El medicamento debe ser administrado por la enfermera de ODS.

Por favor haga una lista:

LOS CONDICIONES DE SALUD GENERALES

Por favor indique cualquier condición de salud (mental o física) o necesidades dietéticas que pueden requerir planificación especial o consideración para la participación de este niño en actividades escolares al Aire Libre, *por ejemplo: alergia a picadura abeja, enuresis, problemas cardíacos, alergias, vegetariano o ataques diabéticos.*

Por favor haga en una lista a cualquier y todos los problemas médicos que podemos encontrar.

Condiciones de física o mente: _____

Alergias: _____

Necesidades de comida: _____

**The camp can provide vegan, vegetarian, lactose-free, or gluten-free meals if arranged ahead of time.*

Otras: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, Por la presente doy el permiso al médico seleccionado por la escuela para hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado y pedir inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo/a, como nombrado anteriormente. Los padres serán contactados primero siempre que sea posible.

Firma de padre o tutor legal _____ Fecha _____

Cualquier dirección al contrario debería ser atada a esta forma cuando devuelto y firmado por el padre o tutor.

A veces, puede ser necesario para tratar enfermedades menores por nuestra enfermera del campamento ODS. Tenemos un suministro limitado de los siguientes medicamentos sin receta (OTC) para el uso ocasional. Estos pueden ser nombres de marcas o genéricos equivalentes. Los medicamentos sin receta, serán administrados por las instrucciones de la etiqueta basadas en la edad o el peso de su hijo/a.

Por favor indique si estos medicamentos son aceptables para dar a su hijo. (Yes/No).

Los medicamentos sin receta que estarán disponibles en el campamento	Si	No	Comentarios
Advil (Ibuprofen) (dolor de cabeza, dolor, etc.)			
Tylenol Caps or Children's Tylenol Liquid (dolor de cabeza, dolor, etc.)			
Benadryl Caps or Children's Benadryl Liquid (alergias, sueño)			
Benadryl Spray (picaduras de insectos, erupciones)			
Hydrocortisone cream (picaduras de insectos, erupciones)			
Tinactin foot spray or cream (pie picazón o ardor)			
Ungüento Triple Antióptico or Neosporin (cortes menores o abrasiones)			
Lanacaine Spray (cortes menores o abrasiones)			
Aloe Vera gel (quemadura de sol menor)			
Muscle analgesic rub/Analgésica tópica de músculo (dolores musculares)			
Gas X (dolores de estómago y el estómago nervioso)			
Tums/Roloids/Maalox (antiácido)			
Cough drops/ Pastillas para la tos			
Throat lozenges/Pastillas para la garganta y espray (dolor de garganta)			
Cough syrup/Jarabe para la tos para la garganta -- guaifenesin (expectorante)			
Cough syrup/Jarabe para la tos para la garganta -- Fórmula de DM (inhibidor)			
Ora Jel (molestía de dientes, encías, boca)			
Artificial Tears (irritación del ojo)			
Immodium (anti diarrea)			

**Si su hijo/a usa regularmente cualquiera de las medicinas de la lista encima, por favor envíelo con el/ella en la botella original con etiqueta, instrucciones escritas y firma paterna. Dé medicamentos a la enfermera al momento de la salida.

Autorizo a la enfermera del campo ODS a administrar cualquiera de los anteriores medicamentos que indicamos con "Sí" según las instrucciones de dosis de etiqueta de medicamento para edad y/o peso del niño, documentada por los comentarios anteriores, en la medida necesaria para enfermedades menores.

Firma del Padre o Tutor _____

Fecha _____