

**Deputy Superintendent of Schools
ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE
MONTGOMERY**

**Programa de Educación al Aire Libre
Permiso de los Padres**

INSTRUCCIONES A LOS PADRES: Por favor, llene esta forma y devuélvala al maestro. El maestro entregará la forma completada al asistente de salud o a la enfermera al llegar al centro de educación al aire libre.

Nombre del estudiante _____ Hombre Mujer
Dirección _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre de la Escuela _____

Por favor, marque todo lo que aplique:

Mi hijo/hija necesita medicinas. (Los padres tienen que suministrar los medicamentos en la envoltura original, con las instrucciones indicadas, autorizadas correctamente en la forma de MCPS 525-13: *Autorización para Administrar Medicinas de Prescripción*. No se suministrará ninguna medicina que no esté en conformidad con la regla de MCPS JPC: *Administración de Medicinas a los Alumnos*.)

Mi hijo/hija debe tomar las siguientes medicinas sin prescripción _____
Yo he enviado la Forma de MCPS 525-13. (La firma de un médico **no** es necesaria para las medicinas sin prescripción en el programa de educación al aire libre **solamente**.)

Mi hijo/hija es alérgico a las picadas de insectos, al extremo que necesita tratamiento médico. (Si requiere adrenalina, adjunte la forma de MCPS 525-14: *Cuidado de Emergencia para el Control de Anafilaxia*.)

Mi hijo/hija tiene una reacción anafiláctica a los alimentos _____. Adjunte la forma de MCPS 525-14 si requiere adrenalina.

Mi hijo/hija es alérgico a: _____.

Mi hijo/hija requiere una dieta especial que yo he indicado en la forma de menú adjunta. (Algunas dietas especiales requieren que los padres suministren algunos alimentos).

Mi hijo/hija tiene otras condiciones especiales que ustedes deben saber. Ellas son: _____

Fecha de la última vacuna de tetano ____/____/____.

—

INFORMACION ADICIONAL

Nombre del Doctor _____
Teléfono del Doctor _____
Teléfono de los Padres _____
Teléfono del trabajo de la madre _____
Teléfono del trabajo del padre _____
Nombre para contacto de emergencia _____
Número para contacto de emergencia _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de la Compañía de Seguro _____
Grupo/Organización _____
Número de la Póliza _____
Si la familia es miembro de un HMO/PPA:
Nombre del Grupo _____
Oficina que se usa _____ # de id. _____
de Teléfono _____

Marque si su hijo/hija está sirviendo como asistente en la escuela secundaria e indique la escuela _____

Autorizo a mi hijo/hija a participar en el programa de educación al aire libre descrito en la carta adjunta que yo he leído. En caso de yo no poder ser localizado en una emergencia, doy aquí permiso al personal del centro de educación al aire libre de proveer tratamiento adecuado para mi hijo/hija.

Firma de los Padres o Guardián Legal

Fecha

PERMISO PARA EL CURSO DE AUTO CONFIANZA

Queridos Padres/Guardián Legal:

La clase de su hijo/hija va a participar en una experiencia de aprendizaje sin igual usando el **Curso de Auto Confianza** del Centro de Educación Ambiental Lathrop E.Smith. Los instructores para este curso han sido especialmente entrenados en el uso apropiado del curso. Las actividades que forman parte del **Curso de Auto Confianza** han sido diseñadas para retar las habilidades tanto mentales como físicas. Este curso ofrece oportunidades para que cada estudiante crezca en pensamiento creativo, auto estima, confianza, trabajo en equipo, y cooperación. Esto se logra presentando una serie de problemas que estimulan pensamientos originales y/o actividades físicas para llegar a una solución.

Los estudiantes deben de estar relativamente saludables y tener una buena condición física. Deben usar ropa adecuada para actividades al aire libre, y zapatos de tenis o botas de caminar. **Cada estudiante paga \$1.00 para seguro.**

Llene, separe y devuelva esta forma al maestro de su hijo/hija. Será enviada y archivada en el Centro Smith.

Doy permiso para que mi hijo/hija participe en las actividades del Curso de Auto Confianza.

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____
(No.) (Calle) (Ciudad) (Zip)

¿Tiene su hijo/hija alguna condición médica que el personal deba saber? Sí ___ No ___
Si la respuesta es Sí, por favor explique.

¿Necesita medicinas regularmente? Sí ___ No ___

¿Necesita medicinas/cuidados de emergencia? Sí ___ No ___

¿Tiene el estudiante la medicina consigo? Sí ___ No ___

EN CASO DE YO NO PODER SER LOCALIZADO EN UNA EMERGENCIA, DOY PERMISO AL PERSONAL DEL CENTRO DE EDUCACION AL AIRE LIBRE DE PROVEER TRATAMIENTO RAPIDO Y APROPIADO PARA MI HIJO/HIJA ARRIBA NOMBRADO.

No. de teléfono de la madre	No. de teléfono del padre	Información del Doctor
Casa: _____	Casa: _____	Nombre: _____
Trabajo: _____	Trabajo: _____	Teléfono: _____

Firma de los Padres/Guardián Legal : _____

Fecha: _____

**Escuelas Públicas del Condado de Montgomery
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Rockville, Md. 20850**

**Autorización para Administrar
Medicinas de Prescripción
Acuerdo de Liberación de Responsabilidad
e Indemnización**

Parte I – Para Ser Llenada por los Padres/Guardián Legal

Por este medio solicito y autorizo al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) para administrar medicinas de prescripción, según las indicaciones del médico (Parte II que sigue). Yo me comprometo a liberar, indemnizar, y declarar sin culpa a MCPS y a DHHS y a sus oficiales, miembros del personal, o agentes de pleito legal, reclamación, demanda o cualquier acción en contra de ellos por administrar medicinas de prescripción a este estudiante, siempre que el personal de MCPS y de DHHS esté siguiendo las órdenes e indicaciones del médico, escritas en la Parte II que sigue. Yo he leído los procedimientos resumidos en la parte de atrás de esta forma y asumo las responsabilidades requeridas.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Escuela: _____

Prescripción: Renovada Nueva Si es nueva, la primera dosis completa fue administrada en casa el ___/___/___.

Haga una lista de todas las medicinas que el estudiante toma, incluyendo las medicinas sin prescripción:

Firma de padres/guardián legal

Teléfono

Fecha

Parte II – Para Ser Completada por el Médico

El Departamento de Salud y Servicios Humanos y las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery no recomiendan la administración de medicinas a los estudiantes en la escuela durante el día escolar. Cualquier medicina necesaria que pueda ser administrada antes o después del día escolar debe ser prescrita en esa forma. Solamente medicinas no-parenterales son administradas excepto en situaciones de emergencia específicas. El personal de la escuela, cuando es absolutamente necesario, suministrará medicinas a los estudiantes durante el día escolar y cuando estén participando en programas de educación al aire libre y excursiones de más de un día, de acuerdo con los procedimientos resumidos en la parte de atrás de esta forma.

POR FAVOR USE UNA FORMA SEPARADA PARA CADA PRESCRIPCIÓN

Nombre de la medicina: _____ Diagnóstico: _____
Nombre de la medicina/nombre genérico

Dosis: _____ Hora(s) de ser administrada en la escuela: _____

Vía de administración: _____ Fechas efectivas: De ___/___/___ A ___/___/___

Efectos laterales: _____

Si es PRN, especifique:

Cuando está indicada _____

Frecuencia de administración _____

Nombre del Médico (letra de molde/escrito a máquina)

Número de teléfono

Firma del Médico

Fecha

Parte III – Para Ser Completada por el Director o la Enfermera de la Escuela

Marque, según sea apropiado:

Las partes I y II están completas, incluyendo firmas. (Es aceptable si toda la información de la Parte II está escrita en papel de la oficina del médico/o en una forma de prescripción.)

La medicina de prescripción está apropiadamente marcada por un farmacéutico.

La etiqueta de la medicina y la orden del médico son consistentes.

La medicina sin prescripción está en su envoltura original con la dosis del laboratorio y el sello de seguridad intacto.

___/___/___ Fecha en la que la medicina no usada será recogida por un padre o guardián (dentro de una semana después de la fecha de expiración de la orden del médico).

Firma del Director/Enfermera de la Escuela

Fecha

INFORMACION Y PROCEDIMIENTOS

1. No se administrará ninguna medicina en la escuela o durante actividades escolares sin la autorización por escrito de los padres/guardián legal y sin una orden del médico. Esto incluye tanto medicinas con prescripción como medicinas sin prescripción (OTC).
2. Un padre/guardián legal es responsable de llenar la Parte I y de obtener la información del médico en la Parte II. Esto se requiere cada año escolar para cada orden nueva o continua o si hay un cambio en la dosis o la hora o frecuencia de administración durante el año escolar. (El médico puede usar su propio papel o una prescripción en blanco en vez de completar la Parte II.) La información necesaria incluye: nombre del niño/niña, diagnóstico, nombre de la medicina, dosis, hora y frecuencia de su administración, tiempo que dura la medicina, efectos laterales, firma del médico, y fecha.
3. La medicina debe ser entregada en la escuela por un padre/guardián legal o, en circunstancias especiales, por un adulto designado por el padre/guardián legal. El personal de la escuela o del Departamento de Salud y Servicios Humanos no administrará ninguna medicina traída a la escuela por el estudiante.
4. Todas las medicinas de prescripción deben estar en un envase con la etiqueta de la farmacia. Las medicinas sin prescripción (OTC) deben de estar en el envase original con la etiqueta original del laboratorio. Las muestras del médico deben estar debidamente marcadas por él.
5. La dosis del primer día de cualquier medicina debe de haber sido dada en la casa antes de poder ser administrada en la escuela.
6. Un padre/guardián es responsable de recoger las porciones no usadas de la medicina no más tarde de una semana después de la expiración de la orden del médico o al final del año escolar. Las medicinas no reclamadas dentro de ese plazo serán destruidas.
7. Las medicinas auto administradas y/o las medicinas no prescritas por un médico son la absoluta responsabilidad de los padres/guardián legal y no de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery o del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las medicinas sin la orden de un médico y consentimiento de los padres no serán guardadas en la enfermería.