

WALDEN WEST ESCUELA DE CAMPO

FORMULARIO DE REGISTRO Y SALUD

(Por favor, dar esta forma al maestro de su niño)

Nombre del Niño _____ M/F _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela _____ Nombre del Maestro _____

Nombre del Padre _____
o Tutor _____

Teléfono de la casa: () _____

Teléfono del trabajo: () _____

Teléfono Celular () _____

Numero de teléfono alternativo en caso de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono de la casa: () _____

Teléfono del trabajo: () _____

Teléfono Celular () _____

La persona antes mencionada tiene permiso de autorizar tratamiento medico y/o proveer transportación en el caso de una emergencia.

INFORMACIÓN DE SALUD NECESARIA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO

1. ¿Sabe usted de algún problema de salud que limite las actividades físicas de su niño mientras asiste a Walden West?

a. ¿Cirugía reciente o enfermedad? _____

b. ¿Tiene alergias a comidas que debamos saber? _____

c. Anote cualquier otra condición de salud que debamos saber: _____

2. El código de educación de California requiere la siguiente información para que su niño pueda recibir algún medicamento mientras que participe en Walden West:

a. El Formulario De Doctor adjunto o una nota escrita por el medico con detalles del método, dosis y la hora que el medicamento debe ser administrado debe ser completo y regresado al maestro de su niño.

b. Los padres o tutor del niño debe firmar Parte 2 del formulario, indicando que un representante de Walden West o de la escuela puede administrar el medicamento al niño mientras asiste a Walden West.

c. Medicamentos deben estar en su recipiente original y marcado con su método de administración.

Si su niño requiere medicamentos para el asma o tiene alergias a picaduras de abeja, favor de enviar el medicamento.

Anote los medicamentos que toma su niño: _____

Si su niño va a necesitar Tylenol, Actifed, Pepto Bismol, vitaminas, fluoruro, etc. mientras asiste a Walden West, debe proveer a Walden West con la hoja que le pedimos antes.

3. Para evitar que su niño pase una vergüenza, conteste: a. ¿Es sonámbulo? _____ b. ¿Se orina en la cama? _____

En caso de una emergencia puede ser necesario que un doctor atienda a su niño antes que el personal de Walden West lo contacte a usted. Si su niño va a asistir a Walden West, debe firmar la AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO Y TRANSPORTACIÓN mencionada a continuación. Walden West provee seguro propio para estudiantes que no tienen. Todos deben proveer información de seguro medico.

Dueño del Seguro _____ Seguro _____ # de Póliza _____

Si usted no quiere atención medica para su niño, o si tiene alguna condición que limite el tratamiento medico, favor de declararlo al reverso de esta hoja.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO/ DESCARGAR A LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Autorizo al personal de Walden West para proveer cuidado medico o quirúrgico en el evento de una emergencia mientras mi niño asiste a Walden West. En el evento, doy permiso para que ni niño sea transportado por el personal de Walden West el maestro del salón de clase o un padre autorizado de la escuela.

Doy permiso que mi niño sea fotografiado, tome video, o sea entrevistado por representantes de medios de comunicación, la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara o grupos relacionados con la educación con el propósito de publicar programas de la Oficina de Educación, desarrollo de materiales educativos o reportar eventos de interés comunitario. Renuncio a mi derecho o interés de algún video o fotografías las cuales pueden ser usadas por un propósito legítimo.

Firma del Padre o Tutor