

**FORMULARIO DE PERMISO PARA VIAJE
DEPARTAMENTO DE MUSICA DE LA ESCUELA SECUNDARIA DE
NORWALK**

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: _____ Grado: _____

Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono de casa: _____ Celular del Estudiante: _____

Informacion del Padre/Tutor Legal

Nombre Padre 1: _____ Nombre Padre 2: _____

Padre 1 Celular: _____ Padre 2 Celular: _____

Padre 1 Correo Elect: _____ Padre 2 Correo Elect: _____

Otra Persona Responsable: _____ Relacion: _____

Tel. de Casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Cel.: _____

Mi Hijo(a) tiene permiso de participar en el Viaje a: **Todos los Viajes realizados por la Banda de Marchar 2019-2020.**

Doy permiso al Lider del grupo a cargo de buscar atencion medica urgente o de Emergencia para mi hijo(a). La decision para el tratamiento la tomara el Medico en Consulta con el Padre/Tutor, si es posible. Este permiso sera utilizado solo despues de los esfuerzos por Contactar los Padres/tutores. Ademas, estoy de acuerdo en renunciar a todos los reclamos contra los lideres/Chaperones de esta actividad por la busqueda urgente y /o Cuidado Medico Urgente para mi Hijo(a). Yo Tambien Estoy de acuerdo en pagar todos los Costos y Evaluaciones Asociadas Con mi Hijo(a) siendo un Miembro de La Banda De Marchar (Uniformes; Chaqueta de Banda; Viajes; Reparacion de Instrumentos, ect.....).

Firma del Padre/Tutor : _____ Fecha: _____

Informacion De Salud (Dar Fechas donde usted Sabe)

Cirugias en el ultimo año? Yes/No

Mareo por Movimiento(cinetosis) Yes/No

Bajo tratamiento medico en la Actualidad Yes/No

Si es asi, De la razon: _____

Alergias (Comida y/o Medicamento) – Por favor mencionelos:

Diagnostico de Salud Cronica (Asma, Diabetis, Epilepsia ect.):

Preocupacion Especial de Salud: _____

Preocupacion Emocional: _____

Problema del Ciclo Menstrual: _____ Fecha de ultima Vacuna contra el Tetanos: _____

Nombre del Doctor/Proveedor medico del Estudiante: _____

Telefono del Proveedor medico/Doctor: _____ Fax: _____

Seguro Medico del Estudiante: Nombre de la Compañia:

Poliza # _____ Adulto Asegurado/Poseedor de la poliza: _____

Numero de Telefono de la compañía Aseguradora: _____

Informacion Medica (Complete la Seccion a Continuacion si es necesario)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Liste todos los Medicamentos que su Hijo(a) toma (Incluyendo preparacion de hierbas, & Vitaminas):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mi Hijo(a) puede necesitar tomar el medicamento listado en el formulario adjunto durante los Viajes.

Medicamentos Prescritos deben estar en el Contenedor Original de la Farmacia y con el Nombre del Estudiante Incluido, El Numero de la Prescripcion, Nombre del Medicamento, la dosis y Instrucciones de la administracion. Yo doy permiso al personal de la escuela para administrar el Medicamento(s)** Prescrito a mi Hijo(a)

Nombre del Estudiante

VER ADJUNTO EL PERMISO MEDICO PARA LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Medicamentos de Venta Libre que han sido Recetados por el Proveedor Medico de su Hijo(a) Debe estar en un Recipiente sin abrir. **UNA FORMA DE AUTHORIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL ESCOLAR, Firmada por un Medico, debe ser proveehida para cada Medicamento que sea administrado.