

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fechas de asistir a GBOS \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_

## Información de Emergencia (para estudiantes)

### ***La Información de Contacto***

Dirección \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Nombre de Padre/Guardian** \_\_\_\_\_

Teléfono de:

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Nombre de Otra Familia, si se necesita** \_\_\_\_\_

Teléfono de:

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de:

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

NOTA: Tenemos permiso para soltar al niño/a a las personas arriba solamente a menos que haya una nota de los padres.

Hay un acuerdo de custodia?    SÍ            NO            (Si sí, favor de proveer una nota)

### ***Médico de Familia***

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### ***Seguro***

Pedimos esta información sobre su seguro por si acaso haya una visita al hospital o si un médico la necesita.

Tiene Ud. el seguro de salud?    SÍ            NO

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la póliza del seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

## Medicinas

<b>Medicinas DE PRESCRIPCIÓN:</b>	SÍ	NO
Usará su hijo/a medicinas de prescripción mientras que esté en GBOS?		
Si sí, favor de completar la forma de autorización de medicinas de prescripción, obtenga la firma del doctor, y entregue las medicinas al maestro/a de su hijo/a para guardar y proveer.		
<b>Otras medicinas SIN PRESCRIPCIÓN:</b>		
Si su hijo/a llevará medicinas sin prescripción, favor de completar la forma de autorización de medicinas sin prescripción, y entregue las medicinas al maestro/a para guardar y proveer.		

## Condiciones de Salud

	YES		YES		YES
1. La asma o inhalador		7. Diabetes		13. Daño reciente	
2. Las reacciones serias a las picaduras		8. Enfermedad crónica		14. Exposición reciente a una enfermedad contagiosa	
3. Epi-Pen		9. Epilepsia/Ataques		15. Náusea en el coche	
4. La alergia seria de la medicina		10. Problemas de oído		16. Somnábulo	
5. La alergia seria de la comida		11. Problemas de visión		17. Anteojos/Contactos	
6. Otras alergias serias		12. Desorden de comer		13. ADD o ADHD	

Favor de escribir detalles tan específicos como posible:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es su hijo/a vegetariano/a? \_\_\_\_\_ Hay otras consecuencias de la comida? \_\_\_\_\_

Hay cualquier restricción de actividad? \_\_\_\_\_

Hay algo más que debemos saber para proveer una experiencia de apoyo y positiva para su hijo/a?

## Autorización de los Padres

Se necesita LA FIRMA del padre/guardián para alguien con menos de 18 años para que reciba el tratamiento médico en caso de una emergencia. Yo verifico que esta Información de Emergencia está correcto y completo. Mi hijo/a tiene el permiso para participar en todas las actividades de GBOS menos lo notado arriba. You entiendo que es posible que mi hijo/a pueda caminar cinco millas por día y que haya la exposición a los elementos naturales como el sol, el viento, los insectos que no son bajo el control de GBOS.

Para la duración del programa de GBOS yo doy mi permiso también a GBOS para proveer la asistencia médica y para buscar los tratamientos médicos de emergencia. Yo convengo dar la información para los razones de seguro. Yo doy mi permiso a GBOS para organizar la transportación necesaria para tratamiento.

En el evento de que GBOS no pueda comunicar conmigo en una emergencia yo doy el permiso al médico apropiado o el maestro/a para dar el cuidado médico, cirugía, y el cuidado en el hospital mientras que mi hijo/a esté en La Escuela al Aire Libre de Great Basin o en camino.

Firma de Padre/Guardián

Fecha