

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

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

## Información de Emergencia (para un estudiante de WCSD)

### ***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 O NO para un diagnóstico específico:</b>	SÍ	NO
Usará su hijo/a medicinas de prescripción or no para un diagnóstico específico mientras que esté en GBOS?		
Si sí, ha Ud. completado una forma de consentimiento de WCSD para que un empleado/a de WCSD le ayude a su hijo/a con medicinas mientras que esté en GBOS?		
Ha Ud. hablado con la enfermera de la escuela acerca de las medicinas y las políticas de WCSD para la administración y supervisión de la medicación?		
<b>Otras medicinas SIN PRESCRIPCIÓN:</b>	SÍ	NO
Llevará su hijo/a otras medicinas sin prescripción para usar mientras que esté en GBOS?		
Si sí, ha Ud. hablado con la enfermera de la escuela acerca de las políticas de WCSD para llevar, guardar, y administrar la medicación mientras que esté en GBOS?		

Ha Ud. hablado con la enfermera de la escuela acerca de cualquier cambio reciente de la salud de su hijo/a aparte de la información que Ud. escribió en la forma de Salud del Estudiante al principio del año escolar?    SÍ      NO

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 positive 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 notatdo arriba. You entiendo que es possible 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