

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO LIVERMORE VALLEY

Permiso para excursiones de escuela

Información médica de emergencia

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Padre de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Tel. de médico: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Tel. de dentista: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_

Problemas de salud/alergia: \_\_\_\_\_

Medicamentos de casa: \_\_\_\_\_

Medicamentos que su estudiante podrá necesitar durante la excursión:

1. \_\_\_\_\_

En la oficina de salud     El padre de familia firmará el formulario de consentimiento para medicamentos (requerido para toda clase de medicamento)

2. \_\_\_\_\_

En la oficina de salud     El padre de familia firmará el formulario de consentimiento para medicamentos (requerido para toda clase de medicamento)

3. \_\_\_\_\_

En la oficina de salud     El padre de familia firmará el formulario de consentimiento para medicamentos (requerido para toda clase de medicamento)

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, doy permiso al Distrito Escolar Unificado Livermore Valley, el cual está encargado de mi estudiante, para autorizar el tratamiento de emergencia de mi estudiante, incluidos el examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento quirúrgico y atención médica de hospital recomendada por un médico o cirujano bajo la ley de Prácticas Dentales.

Firma del padre de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medicamentos recibidos del padre de familia/Oficina de Salud \_\_\_\_\_

Iniciales y fecha

Medicamentos devueltos al padre de familia/Oficina de Salud \_\_\_\_\_

Iniciales y fecha