



Programa de Educación Ambiental al Aire Libre

Permiso del Padre/Madre/Guardián

Outdoor Environmental Education Programs
Office of Curriculum and Instructional Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 345-7
Enero 2018

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN: Por favor llene este formulario y devuélvalo al maestro/a de su hijo/a. El maestro/a le entregará el formulario completado al/a la asistente de salud o al enfermero/a al llegar al centro de educación al aire libre.

Primer Nombre del/de la Estudiante _____ Apellido del/de la Estudiante _____ No. de Estudiante de MCPS _____

Nombre de Preferencia del/de la Estudiante/Nombre Elegido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____

Nombre de la Escuela _____

Por favor marque todo lo que corresponda:

- Mi hijo/a necesita medicamento. (Es el deber del padre/madre/guardián entregar el medicamento en el envase original adecuadamente etiquetado y correctamente autorizado en el [Formulario 525-13 de MCPS, Autorización para Administrar Medicamentos Recetados](#). No se dispensará ninguna medicina que no esté en cumplimiento con el [Reglamento JPC-RA de MCPS, Administración de Medicamentos a Estudiantes](#).)
- Mi hijo/a debe tomar los siguientes medicamentos de venta libre.
- He presentado el [Formulario 525-13 de MCPS, Autorización para Administrar Medicamentos Recetados](#). Para el programa de educación ambiental al aire libre solamente **No** es obligatoria la firma de un médico para medicamentos de venta libre.
- Mi hijo/a es alérgico/a a picaduras de insectos y podría potencialmente necesitar tratamiento médico. (Si es necesario el uso de epinefrina, adjunte el [Formulario 525-14 de MCPS, Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia](#).)
- Mi hijo/a tiene reacción anafiláctica a ciertos alimentos: _____
Adjunte el [Formulario 525-14, Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia](#), si fuese necesario usar epinefrina.
Mi hijo/a es alérgico/a a _____.
- Mi hijo/a requiere una dieta especial _____ (Algunas dietas especiales requerirán que los padres/guardianes suministren algunos alimentos.)
- Mi hijo/a padece de otras condiciones de salud sobre las cuales ustedes deben estar en conocimiento. Estas son: _____

Fecha de la última vacuna contra el Tétano ____/____/____

INFORMACIÓN OBLIGATORIA*

Teléfono de la Casa del Padre/Madre/Guardián ____ - ____ - ____

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____

Trabajo ____ - ____ - ____ Celular ____ - ____ - ____

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____

Trabajo ____ - ____ - ____ Celular ____ - ____ - ____

Contacto en Caso de Emergencia _____

Teléfono del Contacto de Emergencia ____ - ____ - ____

Contacto en Caso de Emergencia _____

Teléfono del Contacto de Emergencia ____ - ____ - ____

*Esta información de contacto para casos de emergencia que se exige es SOLAMENTE para esta actividad del Programa de Educación al Aire Libre. Si usted necesita actualizar la información de contacto para casos de emergencia de su hijo/a, por favor comuníquese con la escuela de su hijo/a.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre de la Compañía de Seguro _____

Grupo/Organización _____

Número de Póliza _____

Si la Familia es Miembro de un HMO/PPO:

Nombre del Grupo _____

Oficina que Usa _____ No. de Identificación # _____

Teléfono ____ - ____ - ____

Nombre del Médico de la Familia _____

Teléfono del Médico ____ - ____ - ____

Verifique si su hijo/a está sirviendo como estudiante asistente en la escuela secundaria, y escriba el nombre de la escuela a la que él/ella asiste: _____

Autorizo a que mi hijo/a participe en el programa de educación al aire libre descrito en la carta adjunta, que declaro haber leído. En caso de que no me puedan localizar en una emergencia, por este medio autorizo al personal del centro de educación al aire libre a que asegure el tratamiento adecuado para mi hijo/a.

Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de imprenta/molde, por favor) _____

Firma, Padre/Madre/Guardián _____ Fecha ____/____/____