

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA 2025-2026

Banda de los Lakers del condado de Calloway

Nombre del estudiante: _____ Nivel de grado: _____
Último Primero Medio

Dirección: _____
Calle o ruta Ciudad Cremallera

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de la casa: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Célula de Padres/Tutores: _____ Célula de Padres/Tutores: _____

Trabajo de Padres/Tutores #: _____ # de Trabajo Padres/Tutores: _____

Compañía de seguros: _____ # Póliza de seguro: _____

En caso de emergencia y no se pueda contactar a los padres/tutores, notifique: _____

Relación: _____ Teléfono #: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Información sobre el historial médico

1. Enfermedades recientes (últimos 3 meses): _____

2. Enfermedades crónicas: _____

3. Alergias: _____

4. Medicación que se toma a diario: _____

5. Información adicional: _____

Como padre o tutor de _____, autorizo el tratamiento del estudiante mencionado anteriormente por parte de un médico o enfermera calificado en caso de que el estudiante requiera tratamiento médico. Entiendo que en caso de que surja una emergencia médica grave o potencialmente mortal, el tratamiento inicial puede ser proporcionado por la persona, capacitada en primeros auxilios, si en opinión de esa persona, la demora podría poner en peligro su vida, causar desfiguración o molestias indebidas. En el Formulario de Autorización Médica, he enumerado cualquier alergia, tratamiento médico en curso o problemas médicos que puedan influir en el tratamiento del estudiante. Seré responsable de los cargos incurridos por el tratamiento del estudiante. Este permiso se otorga con el entendimiento de que, excepto en una emergencia médica grave, se hará un esfuerzo razonable para informarme antes del tratamiento.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Estos son productos "de venta libre" que generalmente son utilizados por el personal de la escuela y los acompañantes. Coloque una marca junto a los medicamentos de venta libre que usted autoriza a que el personal de la escuela y los acompañantes le administren a su hijo.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Marque todo lo que usted da permiso para que se le administre a su hijo:

_____ **TODOS LOS ELEMENTOS A CONTINUACIÓN ME PUEDEN ADMINISTRAR SI ES NECESARIO**

- _____ Envoltura de As
- _____ Acetaminofén (Tylenol)
- _____ Pomada antibiótica
- _____ Aspirina
- _____ Talco para bebés
- _____ Benadryl
- _____ Crema Benadryl
- _____ Loción de calamina
- _____ Claritin
- _____ Pastillas para la tos/pastillas para la garganta
- _____ Descongestivo
- _____ Desitin
- _____ Dramamine
- _____ Hidrocortisona
- _____ Crema de hidrocortisona
- _____ Hielo
- _____ Ibuprofeno (Motrin, Advil)
- _____ Imodio
- _____ Maalox
- _____ Midol
- _____ Mylanta
- _____ Pepto Bismol
- _____ Salino
- _____ Tums, Roloids
- _____ Visine
- _____ Otro: _____

DOLENCIAS COMUNES Y TRATAMIENTOS DE VENTA LIBRE	
DOLENCIA	TRATAMIENTO
Alergias estacionales	Claritin
Reacción alérgica	Benadryl
Picaduras de abeja	Benadryl, hidrocortisona o crema Benadryl
Cortes	Pomada antibiótica
Tos	Pastillas para la tos
Dolor de garganta	Pastillas para la garganta
Diarrea	Imodium, Pepto Bismol
Dolor de cabeza, dolores, molestias	Paracetamol (Tylenol), ibuprofeno (Motrin, Advil), Midol

Ojos irritados	Visina, solución salina
Congestión nasal	Benadryl, Claritin
Erupción	Loción de calamina, Benadryl, talco para bebés, Desitin, crema de hidrocortisona
Esguinces/Distensiones	Hielo, Envoltura de As
Malestar estomacal	Mylanta, Maalox, Tums, Roloids, Pepto Bismol