

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA 2025-2026

## **Banda de los Lakers del condado de Calloway**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel de grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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)
- Imodium
- Maalox
- Midol
- Mylanta
- Pepto Bismol
- Salino
- Tums, Rolaids
- 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, Rolaids, Pepto Bismol