

STUDENT HEALTH HISTORY FOR OVERNIGHT OR FOREIGN TRAVEL

Parents: This form must be completed by parent/legal guardian for any student who has a medical condition that requires the administration of medications and submitted to the field trip supervisor before the student will be allowed to participate. This form must accompany the healthcare provider's order form and the authorization to administer medications/treatments form should your child be on prescribed medication .

Student name

Birthdate

Address

Home phone

Parent/Legal guardian name

Home phone

Work phone

Cell phone

Person to call in the case of an emergency if parent/legal guardian cannot be reached:

Name

Relationship

Phone number

Physician

Physician's phone number

List any health problem(s) _____

List any allergies (bee sting, medications, food, etc) _____

List any accessibility and/or health concerns that you have regarding this trip: _____

Any prescribed and/or over the counter medications **must** have a physician's order.

Complete the attached authorization to administer medication or treatment and return to school nurse.

I hereby consent to disclosure of the above information to the responsible adult(s) supervising my child on this trip.

Parent/Legal guardian signature

Date

**HISTORIA MEDICA DEL ALUMNO PARA VIAJES POR NOCHE Y AL
EXTRANJERO**

Padres: Este formulario debe ser completado por el padre o el guardián legal para cualquier estudiante que tenga una condición médica que requiere la administración de medicamentos. El formulario complete se entregará al supervisor del viaje antes de que el estudiante se le permitirá participar. Este formulario deberá ir acompañado de la forma del Proveedor Médico con la autorización para administrar medicamentos / tratamientos o la medicación prescrita a su hijo durante el viaje. Si no hay personal medica en el viaje el personal del colegio o los maestros administraran los medicamentos.

Nombre del Estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección

Teléfono de la casa

Nombre del Padre/Guardián

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Persona a llamar en caso de una emergencia si no se puede hablar con el padre/tutor.

Nombre

Relación

Teléfono

Nombre _____ y número de teléfono de su Médico _____

Mencione cualquier problema de salud (s): _____

Lista de alergias (la picadura de abeja, medicamentos, alimentos, etc) _____

Lista de cualquier acceso y/o problemas de salud que usted tiene con respecto a este viaje: _____

Cualquier prescrito y/o medicamentos no se daran sin tener una orden médica. _____

Complete la autorización adjunta para administrar medicamentos o tratamiento y regrese el formulario a la enfermera de la escuela.

Yo doy mi consentimiento al personal colegial/o al supervisor adulto de este viaje y el supervisor de mi hijo, para divulgar la información en este formulario si es necesario durante viaje.

Firma del padre o tutor

Fecha