

CONSENTIMIENTO DE PADRES Y INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE PARA VIAJES ESCOLARES

- AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN ABAJO Y QUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES EXACTA Y COMPLETA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.
- ASUMO RESPONSABILIDAD PARA CONTACTAR _____ AL (MAESTRO/A/PATROCINADOR/A) SI HAY ALGÚN CAMBIO AL MEDICAMENTO(S) DE MI NIÑO/A, NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA O CONDICIÓN MÉDICA DESPUÉS DE COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE SALUD EN LA PARTE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO.
- SI ESTE FORMULARIO NO ESTÁ COMPLETADO Y DEVUELTO ANTES DE _____ EL ESTUDIANTE NO SERÁ PERMITIDO PARTICIPAR Y PERMANECERÁ EN LA ESCUELA EN UNA ACTIVIDAD SUPERVISADA.

Escuela _____ Nombre Del Maestro/a/Patrocinador/a _____

VIAJE/ACTIVIDAD PLANEADA	FECHA(S) DE VIAJE/ACTIVIDAD	OBJETIVO DEL VIAJE/ACTIVIDAD	TRANSPORTACIÓN (Vehículo de FHS, Autobús/Vehículo de Contrato, Vehículo de Propiedad Privada)

**Se adjunta un itinerario que incluye el lugar o lugares que serán visitados, un programa diario de actividades, y las fechas, horarios y lugares de salida y regreso.*

***Cuando se utilizan vehículos de propiedad privada para transportar estudiantes, sólo la cobertura de responsabilidad del propietario del vehículo es aplicable a cualquier accidente vehicular. Cuando los estudiantes son transportados por vehículos pertenecientes al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Franklin, la cobertura de responsabilidad civil del vehículo del sistema escolar es aplicable a cualquier accidente vehicular.*

Cambios/Cancelaciones

Yo entiendo que los viajes escolares pueden ser cancelados cuando sea necesario por el/la director/a, superintendente o consejo de educación. El sistema escolar no puede garantizar el reembolso cuando ocurran tales cancelaciones. Los padres/tutores serán notificados de cualquier cambio significativo en los planes antes del viaje escolar.

Expectativas e Instrucciones

Entiendo que se espera lo siguiente del estudiante:

- Seguir las instrucciones dadas por los maestros/chaperones.
- No dejar o separarse del grupo sin la autorización apropiada de un/una maestro/a/chaperón.
- Cumplir con todas las políticas y reglas de conducta de la escuela y del distrito.

En el caso de que alguna de las expectativas o instrucciones anteriores hayan sido violadas, entiendo que las autoridades escolares se reservan el derecho de remover al estudiante del viaje y el estudiante será sujeto a consecuencias disciplinarias de la escuela.

Cobertura Del Seguro

Yo represento que el estudiante tiene seguro a través de mi propia compañía de aseguradora.

Solicito que _____ (estudiante) pueda participar en el viaje y/o actividad planeada, y reconociendo los riesgos inherentes al viaje y/o actividad planeada, yo específicamente consiento la participación del estudiante. En caso de un accidente o una emergencia médica, autorizo a los oficiales de la escuela a buscar y consentir asistencia médica de emergencia en nombre del estudiante. Yo Asumiré la responsabilidad de todos los gastos. Entiendo que los oficiales de la escuela usarán la información de contacto proporcionada a continuación para intentar contactarme en caso de tal accidente o emergencia.

Firma de Padres/Tutores _____ Fecha _____

Este formulario debe ser guardado con los oficiales de la escuela en todo momento durante el viaje escolar.

Nombre de Padres/Tutores _____ Teléfono de Día _____

Dirección del Domicilio _____ Teléfono de Tarde _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono de Emergencia _____

Nombre de Compañía de Aseguradora _____ Póliza de Seguro # _____

Viaje Escolar Información De Salud

- *En el caso de que las necesidades médicas de rutina de cualquier estudiante que asista al viaje escolar no puedan ser cubiertas por los empleados de la escuela, se puede pedir a un padre que acompañe al niño/a en el viaje. Los padres de estudiantes con necesidades médicas deberán contactar a la enfermera de la escuela.*
- *En caso de un accidente o emergencia, la información a continuación también se puede proporcionar a los proveedores médicos de emergencia según sea necesario.*
- *Si el medicamento(s) de su niño/a, necesidad de asistencia médica, o condición médica cambia después de completar este formulario, comuníquese con _____ el/la (Maestro/a/Patrocinador/a) y proporcione la información actualizada sobre la salud para ir al viaje escolar.*

Estudiante no tiene medicamento(s) y/o no necesita asistencia médica durante este viaje escolar

Estudiante requiere de medicamento(s) y/o asistencia médica durante este viaje escolar (*complete la información a continuación)

Padres/Tutores estarán asistiendo el viaje escolar y proveerán medicamentos (incluyendo dosis y tiempo que lo tomarán) que serán necesarios durante este viaje escolar

*Anote todos los medicamentos diarios y de emergencia (incluyendo la dosis y tiempo que lo tomarán) que serán necesarios durante este viaje escolar.

Medicación	Dosis	Tiempo Tomado

Yo entiendo que es mi responsabilidad tener un formulario de medicación de FCS completado por el/la médico/a de mi hijo/a y enviado a la enfermera de la escuela a más tardar un mes antes de la fecha del viaje escolar. Entiendo, por la política 6125, que los empleados de FCS no pueden administrar ningún medicamento sin la autorización por escrito de un profesional de la salud y el entrenamiento apropiado.

¿El estudiante necesita asistencia médica, aparte de la administración de medicamentos?

Sí No

Si la respuesta es Sí, describa:

Liste todas las alergias:

Este formulario debe ser guardado con los oficiales de la escuela en todo momento durante el viaje escolar.