# MESD OUTDOOR SCHOOL Maestro(a)Teacher

# 11611 NE Ainsworth Circle Escuela School

**Portland, OR 97220** Semana **Week**

**Phone: 503-257-1600** Emplazamiento **Site Attending**

**FAX: 503-257-1592**

**STUDENT HEALTH HISTORY FORM FOR OUTDOOR SCHOOL AND COMPANION PROGRAMS**

FORMULARIO DEL HISTORIAL DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE DE ESCUELAS AL AIRE LIBRE Y PROGRAMAS AFINES

(Please Print) (Escriba en letra de imprenta) **POR FAVOR LLENE EN INGLÉS**

**In order for your child to attend Outdoor School, *all information* on this form must be completed. If your child’s condition changes after you submit this form, please send a note to the Outdoor School nurse**. Se debe completar toda la información de este formulario para que su hijo(a) pueda asistir a la Escuela al Aire Libre. Si la condición del niño(a) cambia después de enviar este formulario, envíe una nota a la enfermera de la Escuela al Aire Libre. **POR FAVOR LLENE EN INGLÉS**

Student’s Name Birth Date Age Sex

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Edad Sexo

Parent’s Name Home Phone Cell Phone

Nombre del padre/madre Teléfono de casa Teléfono celular

Parent’s Name Home Phone Cell Phone

Nombre del padre/madre Teléfono de casa Teléfono celular

Parent’s Work Phone Parent’s Work Phone

Teléfono del trabajo del padre/madre  Teléfono del trabajo del padre/madre

Student’s Address City Zip Code

Dirección del estudianteCiudadCódigo postal

Family Doctor Phone

Médico de la familiaTeléfono

Emergency Contact #1 Relationship Phone

Contacto en caso de emergencia #1 Parentesco Teléfono

Emergency Contact #2 Relationship Phone

Contacto en caso de emergencia #2 Parentesco Teléfono

 ALLERGIES (\*please list below) Physical Injuries (recent) Lesiones físicas (recientes)

ALERGIAS (\*indique a continuación)

 Asthma or other breathing problems Seizure Disorder Epilepsia

Asma o algún otro problema respiratorio

 Bowel/Bladder Problems Problemas del intestino o vejiga Skin Problems Problemas de la piel

 Bedwetting Enuresis Sleep Walking Sonámbulo

 Diabetes Diabetes Vision/Hearing Problems Problemas visuales o auditivos

 Emotional/behavioral or learning concerns Other chronic or recent illness or surgical procedure

Problemas de aprendizaje o emocionales/comportamiento (specify): Otras enfermedades recientes o crónicas o

 Handicapping Conditions Discapacidad procedimiento quirúrgico (especifique):

 Hay Fever Fiebre del heno

 Heart ProblemProblema cardíaco

\*Please provide more specific information about identified health concern including treatment needed while at Outdoor School: \*Por favor, proporcione información más específica acerca de problemas de salud identificados e incluya el tratamiento necesario mientras está en la Escuela al Aire Libre:

Are there any activity restrictions i.e. strenuous hiking, tug-of-war, etc? ¿Existe restricción de alguna actividad como por ejemplo: caminatas extenuantes, juego del tira y afloja, etcétera?

Special dietary needs: Requiere una dieta especial:

(vegetarian option could include eggs and dairy) (opción vegetariana puede incluir huevos y lácteos)

Other pertinent health information:Otra información de salud pertinente:

**Legal parents/guardian contacted first whenever possible.** Siempre que sea posible, contactar primero a los padres o al tutor legal.

In case of medical or surgical emergency, I hereby give permission to the Outdoor School Coordinator to arrange transport for my child, as named above, to the hospital for evaluation by a physician.

En caso de emergencia médica o quirúrgica, por medio del presente autorizo al Coordinador de la Escuela al Aire Libre para organizar el transporte de mi hijo(a), cuyo nombre mencioné anteriormente, al hospital para la evaluación de un médico.

Legal Parent’s or Guardian’s Signature: **🗷** Date

Firma del padre/madre o el tutor legal: Fecha

Child’s Insurance Information\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de seguro del niño(a)

**Medication Allergy** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergia a los medicamentos

**DO NOT SEPARATE PAGES** NO SEPARE LAS PÁGINAS - POR FAVOR LLENE EN INGLÉS **PS/5-19/PÁGINA 1**

**PARENT/STUDENT:**

**DO NOT COMPLETE THIS PAGE**

PADRE O MADRE/ESTUDIANTE:

NO COMPLETE ESTA PÁGINA

THIS PAGE FOR OUTDOOR SCHOOL NURSE USE ONLY

RECORD OF MEDICATIONS ADMINISTERED BY THE OUTDOOR SCHOOL NURSE

#  STUDENT NAME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  SCHOOL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATES ATTENDING\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Initials |  Signature | Initials | Signature |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Use the following key for days medication not given:**  **X** = Not at site **0** = Student refuses/parent notified

**Self-administration key:** **SA** = Self-Administration **NS** = No Show

(Please: use **one line only per dose** administered) (initial each entry)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Count In/# Initial | Count Out/# Initial | Medication Name and Dose | Hour | Sun. | Mon. | Tues. | Wed. | Thurs. | Fri. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Medication Record (As needed medications sent from home.)**

(Please: use **one line only per dose** administered)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date | Time | Medication, route, dosage, reason | Initials |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DO NOT SEPARATE PAGES NO SEPARE LAS PÁGINAS - POR FAVOR LLENE EN INGLÉS PS/5-19/PÁGINA 4

# IF YOUR CHILD IS BRINGING MEDICATION TO OUTDOOR SCHOOL PLEASE READ AND COMPLETE THE INFORMATION BELOW, IF NOT GO TO THE NEXT PAGE. SI SU HIJO(A) TRAE ALGÚN MEDICAMENTO A LA ESCUELA AL AIRE LIBRE, LEA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN, DE LO CONTRARIO, SIGA A LA SIGUIENTE PÁGINA.

Outdoor School does not supply over-the-counter medicine. It needs to be brought from home.

**MEDICATION RULES** REGLAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS

1. All medication must be maintained and administered by the nurse. Students are not allowed to carry their own medication. Some exceptions are made for emergency asthma inhalers and auto injectors for severe allergic reactions. La enfermera debe mantener y administrar todos los medicamentos. No está permitido que los estudiantes lleven sus medicamentos. Existen excepciones como el caso de inhaladores de emergencia para el asma y autoinyectores para reacciones alérgicas severas.
2. Any prescription, non-prescription medication must have the following: Cualquier medicamento, con o sin receta, debe tener lo siguiente:
* **Parent must sign the authorization below** Uno de los padres debe firmar la autorización a continuación
* Parent must include the following: El padre/madre debe incluir lo siguiente:
	+ **Name** of medicationNombre del medicamento
	+ **Dose** (strength and how much) of medication Dosis (concentración y cantidad) del medicamento
	+ **Time and Dates** medication should be givenHoras y fechas en que se debe suministrar el medicamento
	+ **Purpose** or reason for medicationCausa o motivo para tomar el medicamento
* All medication must be in original container (prescription or over-the-counter). **No medication will be accepted or given if they are sent to Outdoor School in unapproved containers (i.e., envelopes, baggies, pill planners etc.)**
Todos los medicamentos deben estar en su recipiente original (con receta o de venta libre). No se aceptará ni se suministrará ningún medicamento si es enviado a la Escuela al Aire Libre en recipientes no autorizado (es decir, sobres, bolsitas, los planificadores de píldora, etc.)
* Prescription medication must have an accurate label. **This includes samples given by physician. If the directions on the prescription label are different from what the physician is currently prescribing, written instruction is required from the physician. This also includes directions for over-the-counter medications.** See “Physician Directions” below.Los medicamentos recetados deben tener una etiqueta precisa. Esto incluye muestras proporcionadas por el médico. Si las instrucciones de la etiqueta del medicamento son diferentes a las que proporciona el médico, este debe enviar las instrucciones por escrito. Esto también incluye las instrucciones para los medicamentos de venta libre. Ver las “Instrucciones del médico” más abajo.
* **All inhalers must be appropriately labeled with their prescription**.Todos los inhaladores deben estar debidamente etiquetados con su receta.
* **Sign here if you would like your child to carry and self administer his/her emergency asthma inhaler and/or auto injector.** Firme aquí si quiere que su hijo(a) lleve y autoadministre su inhalador de emergencia para el asma o auto inyector.
🗷 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (parent signature) **(firma del padre/madre)**

**Name of emergency inhaler and/or auto injector and directions**

Nombre del inhalador de emergencia o autoinyector e instrucciones

Your child must be developmentally and behaviorally able to carry and self administer his/her inhaler and/or auto injector.

Su hijo(a) debe ser mental y conductualmente capaz de cargar y autoadministrar su inhalador o su autoinyector.

1. Vitamins/supplements cannot be given at Outdoor School without a doctor’s prescription and must be in original container. The doctor must give written permission that the student can have over-the-counter medicine with the vitamin/supplement.
En la Escuela al Aire Libre no está permitido proporcionar vitaminas o suplementos sin la prescripción de un médico y deben estar en su recipiente original. El médico debe dar permiso por escrito para que el estudiante pueda tener un medicamento de venta libre con la vitamina o el suplemento.

**DO NOT SEPARATE PAGES** N**O SEPARE LAS PAGINAS –** POR FAVOR LLENE EN INGLES **PS/5-19/Pagina 2**

TEACHER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ STUDENT’S FULL NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION TO OUTDOOR SCHOOL NURSE TO ADMINISTER MEDICATION

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR PARA QUE LA ENFERMERA DE ESCUELA AL AIRE LIBRE ADMINISTRE EL MEDICAMENTO

I am requesting that my child, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, be given or be assisted in taking:

Yo solicito que mi hijo(a), **,** reciba o sea asistido cuando deba tomar:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Of MedicationNombre del medicamento | Dosage (amount) Dosis (cantidad) | Time(s) To Be Given Horas a la que se debe administrar | Dates To Be GivenFechas en la que se debe administrar | Purpose Of MedicationPropósito del medicamento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Parent /Guardian Signature 🗷 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor Fecha

|  |  |
| --- | --- |
| (This authorization applies only to the medication listed above and for the duration of treatment or week. This also authorizes an exchange of information, as necessary, between the nurse, appropriate school personnel, my child’s health provider, and/or my child’s pharmacist.) | (Esta autorización solo aplica para los medicamentos enumerados anteriormente y por la duración del tratamiento o la semana. Esto autoriza también a un intercambio de información, según sea necesario, entre la enfermera, el personal escolar adecuado, el proveedor de salud de mi hijo(a) o su farmacéutico). |

#### **PHYSICIAN DIRECTION** INSTRUCCIONES MÉDICAS

**(required in writing IF prescription label does not match parent direction above)** (se requieren por escrito SI la receta en la etiqueta no coincide con la instrucción de los padres más arriba)

* **Special instructions including adverse reactions and action required:** Se requieren instrucciones especiales incluyendo reacciones adversas y acción a tomar:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Physician’s Name (print or stamp)** Nombre del médico (letra de imprenta o sello) **Physician’s Signature** Firma del médico **Date** Fecha

**Address** Dirección **Zip Code** Código postal **Phone** Teléfono

**DO NOT SEPARATE PAGES** NO SEPARE LAS PÁGINAS - POR FAVOR LLENE EN INGLÉS **PS/5-19/Pagina 3**