



2020-21 INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE Y FORMAS MÉDICAS Squash and Education Alliance

Nombre de participante: _____ Programa de SEA: _____

Teléfono de participante: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____

El participante no tiene celular

Padre/Tutor Legal 1: _____ Padre/Tutor Legal 2 : _____

Parentesco: _____ Parentesco: _____

de celular: _____ # de celular: _____

de casa: _____ # de casa: _____

del trabajo: _____ # del trabajo: _____

Dirección de casa: _____

Calle & Apt

Ciudad, Estado

Código Postal

Contacto de Emergencia: En caso de que los padres o tutores legales no puedan ser contactados, por favor comunicarse con:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Doctor Principal (nombre de doctor): _____

Nombre de la oficina/clínica: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina: _____

Calle & Apt

Ciudad, Estado

Código Postal

Seguro Médico nombre de la compañía: _____

Póliza/ID #: _____ Grupo #: _____

No tiene seguro médico

Tiene su hija(o) **alguna alergia**? **SI NO**

Si la respuesta es sí, por favor indique cuál: _____

Tiene su hijo(a) alguna **condición médica** o toma **medicaciones**? **SI NO**

Si la respuesta es sí, por favor indique cuál: _____

Toma su hijo(a) alguna(s) **medicamentos****? **SI NO**

Si la respuesta es sí, por favor indique cuál: _____

**** Si su hijo tomará medicamentos (recetados o de venta libre) mientras está bajo el cuidado de SEA, complete el formulario en la página 2 para cada medicamento que se administrará. Esto incluye cualquier medicamento que su hijo tenga permiso para tomar según sea necesario (Advil, Tylenol, etc.).**

Autorización para la Administración de Medicamentos por Parte de Nuestro Personal

Los Padres/Tutores Legales que requieran la administración de medicamentos a sus hijos por parte de nuestro personal, deben enviar la (s) respectiva (s) autorización(es) escritas apropiadas antes de que cualquier medicamento sea administrado. Los medicamentos prescritos para los estudiantes deben ser almacenados en contenedores originales que tengan la etiqueta de la farmacia que muestra la fecha de almacenamiento, el nombre y dirección de la farmacia, las iniciales del farmacéutico, el número serial de la receta, el nombre del paciente, el nombre de la receta o medicamento, y si son tabletas o cápsulas, cuantas hay en el contenedor. Todo medicamento de venta libre o sin prescripción por los campistas debe ser mantenido en el contenido original y debe tener el sello original que a su vez debe tener las instrucciones de uso. Los participantes solo pueden tomar el medicamento cuando este sea administrado por el supervisor médico o algún profesional licenciado en salud y cuidado médico. Todo el medicamento que no sea utilizado será destruido si no es recogido a la semana siguiente de la partida de los campistas.

Autorización del Padre/Tutor Legal:

Solicito que los medicamentos sean administrados a mi hija(o) como se describe y se indica a continuación.

Nombre de la Actividad/Evento de SEA _____ Fechas del Evento: _____

Dirección del niño(o) _____ Ciudad, Estado _____

Nombre del Padre/Tutor Legal quien autoriza administración del Medicamento _____

Parentesco (encierre): Madre Padre Acudiente/Otro explique: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Número de Teléfono (____) _____

➤ **Firma del Padre/Tutor Legal** quien autoriza la administración del medicamento _____

Orden Autorizada del Profesional de la Salud (Médico, Odontólogo, Auxiliar de Enfermería, Enfermera):

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha de Hoy ____/____/____

Nombre del Medicamento _____ Droga Controlada? **SI NO**

Dosis _____ Método _____ Hora de Administración _____

Fecha de Vencimiento del Medicamento Recibido _____

Requisitos Especiales de Almacenamiento _____

Instrucciones Específicas para la administración del Medicamento: _____

Administración de Medicamento: Fecha de Inicio ____/____/____ Fecha de Suspensión ____/____/____

Precauciones Específicas _____

Efectos Secundarios Relevantes del Medicamento _____

Plan de Manejo para Efectos Secundarios _____

Alergias a Drogas o Comidas Conocidas? **SI NO** Reacciones a? **SI NO** Interacciones con? **SI NO**

Si la respuesta es "sí" a alguna de las anteriores preguntas, explique por favor _____

Diagnostico (a discreción de los padres) _____

Nombre del prescriptor autorizado _____ Número de Teléfono (____) _____

Dirección del prescriptor autorizado _____

Nombre del Empleado(a) quien Recibe la Autorización Escrita y el Medicamento [PARA USO DEL PROGRAMA]

Nombre y Titulo/Cargo

Firma

Fecha

SEA 2020-2021 STUDENT HEALTH FORM

To be completed by a physician or nurse practitioner. This form may be substituted by submitting both (1) a list of immunizations from a doctor's office and (2) a copy of a physical examination completed within the past 18 months detailing medications, allergies and/or dietary restrictions, past medical treatments, and any physical, mental, or psychological conditions requiring medication, treatment, or special restrictions or considerations while in the program.

Student full name: _____ Sex: _____ Date of birth: _____

Address (street, city, state): _____

Parent/Guardian Name(s): _____

Students are required to be immunized with the following. Please list specific dates for all immunizations or attach a form from the physician with this information.

Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP/DTP/DT/Td) (5): _____

Td/Tdap for grade 7 (age 12) thru college* (1): _____ Tetanus/diphtheria (td) Booster: _____

** Everyone else is required to have a dose of Tdap/Td if it has been more than 10 years since the previous dose of Td.*

Polio (OPV/e-IPV) (4): _____

3 doses are acceptable if the 3rd dose is given on or after the 4th birthday and ≥ 6 months after the previous dose.

MMR (2): _____ OR Laboratory evidence of immunity

Hepatitis B (3): _____ OR Laboratory evidence of immunity

Varicella vaccine (2): _____ OR – healthcare provider certified history of chickenpox disease.

Date of last complete physical exam: _____ *(must be within 18 months of SEA event)*

Height _____ Weight _____ Blood Pressure: _____ / _____ Hct. or Hgb.: _____ TB test _____

Any significant illness or injuries since last physical exam? _____

General estimate of health: _____

Please list **medications** to be administered out while participating (including over-the-counter drugs):

Please list **allergies and/or health conditions** such as asthma, etc., which may affect student's activities:

Name of health care provider: _____

Address of health care provider: _____

Health care provider phone: _____

Signature of examining physician/nurse practitioner: _____