LAUNCH Academy | Summer Nutritional Academic Camp (SNAC)

INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____

Fechas: <u>26 de junio de 2023 – 4 de agosto de 2023</u> Hora: <u>8:00am – 4:00pm</u>

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

COMO ESTUDIANTE, PADRE O TUTOR ENTIENDO QUE: La información solicitada en este formulario está destinada a ayudar a informar al personal de cualquier condición médica preexistente. Si su hijo tiene una afección médica preexistente, es posible que no se recomiende la participación en actividades extenuantes o tiempo recreativo. ***<u>Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad y solo se compartirá con su permiso.</u>*** La oficina del Programa SNAC de LAUNCH Academy también solicita la información a continuación para que, en caso de emergencia, tengamos información precisa para que podamos proporcionar y / o buscar el tratamiento adecuado. Usted es responsable de proporcionar un historial médico preciso. ***<u>La determinación final sobre si participar es responsabilidad de usted y de su médico</u>***. Si tiene algún problema médico que no se solicita a continuación, pero que cree que es importante, incluya esa información.

PARTE 1. INFORMACIÓN GENERAL (Imprimir)

Nombre de los estudiantes _____

Estudiantes Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ Género: M ___ F ___

<u>Padre/Tutor 1</u>

Nombre del padre/tutor legal

_____

Dirección postal _____

Ciudad _____ State _____

Teléfono de casa _____ _____

Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

Parent/Guardian 2 (Print)

Nombre del padre/tutor legal

_____

Dirección postal _____

Ciudad _____ State _____ Zip code _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo_____

Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

Por favor, enumere dos contactos de emergencia: (Imprimir)

_____	_____	_____
Contacto de emergencia #1 Nombre	Teléfono diurno #	Relación
_____	_____	_____
Contacto de emergencia #2 Nombre	Teléfono diurno #	Relación

PARTE 2. INFORMACIÓN MÉDICA

Se recomienda que consulte con un médico antes de participar en este Programa SNAC de LAUNCH Academy. Si no está seguro acerca de cualquier condición médica preexistente, es su responsabilidad consultar con su propio médico antes de participar en este Programa de Verano. Por favor, responda a todas las preguntas. Si responde afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas, explique lo indicado. Use papel de respaldo y/o adicional si es necesario.

Nombre de los médicos _____ Teléfono _____

Immunization más recientes del toxoide tetánico _____

¿Tiene seguro de salud / accidentes? (círculo uno) Sí No En caso afirmativo, indique el número de póliza, el nombre y la dirección de la empresa. Incluya también una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro:

Nombre del seguro _____ Política# _____

Dirección dé seguros _____

Para lo siguiente, marque la respuesta apropiada y explique según corresponda:

¿Tiene el estudiante alguna condición médica limitante que usted o su médico consideren que limitaría su participación? (Círculo Uno) Sí No

En caso afirmativo, identifique y explique: _____

_____

¿El estudiante está tomando actualmente medicamentos que pueden interferir con su capacidad para participar de manera segura en el programa de verano?
(Círculo Uno) Sí No

En caso afirmativo, indique el medicamento y la afección que se está tratando:

_____

¿El estudiante tiene antecedentes de alergias o reacciones a medicamentos, picaduras de insectos o plantas? (Círculo Uno) Sí No

En caso afirmativo, identifique y explique: _____

_____

¿El estudiante tiene un historial de, o actualmente sufre de, condición (s) médica (s) con la que debemos ser conscientes? (Círculo Uno) Sí No

En caso afirmativo, identifique y explique:

_____

_____

PARTE 3: AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

En los casos en que la atención médica sea necesaria, se contactará a los padres para su aprobación cuando sea posible. Sin embargo, antes de que se pueda proporcionar tratamiento médico, se nos exige que el padre firme un comunicado médico. El hospital no realizará servicios a menos que este formulario se presente en el momento del tratamiento.

(_____) [Nombre del estudiante] tiene mi permiso para recibir atención médica en caso de enfermedad o emergencia médica mientras participo en el Programa SNAC de LAUNCH Academy.

Asumiré la responsabilidad financiera de cualquier costo de atención médica para mi hijo que pueda ocurrir durante este campamento.

LEA: Como participante, padre o tutor, entiendo y reconozco que mi falta de divulgación de información relevante puede resultar en daño para mí / mi hijo y / o para otros durante este Programa. Al firmar mi nombre, represento y garantizo que he proporcionado todos los materiales e información importante a la Oficina del Programa SNAC de LAUNCH Academy relacionada con la condición médica, mental y física de mi hijo y que es precisa y completa. Acepto notificar a la Oficina del Programa SNAC de LAUNCH Academy de cualquier cambio en mi condición mental, física o médica antes del primer día del programa.

SE REQUIERE FIRMA:

Nombre de los estudiantes _____

Firma de estudiantes _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor legal _____

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

EL PADRE/TUTOR DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO PARA MENORES DE 18 AÑOS