



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Formulario de Permiso de los Padres Paseo de Bellas Artes

_____	_____	_____
Apellido del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre
_____	_____	(____) _____ - _____
Escuela	Organización	No. de celular del estudiante (opcional)
_____	(____) _____ - _____	(____) _____ - _____
Nombre del padre o tutor legal	No. de teléfono primario	No. de teléfono secundario
_____	(____) _____ - _____	(____) _____ - _____
Nombre del contacto secundario	No. de teléfono primario	No. de teléfono secundario

ACTIVIDAD: _____

RECONOCIMIENTO DEL PADRE: Para que su hijo pueda participar en esta actividad patrocinada por la escuela, se requiere tener un permiso firmado por los padres. La seguridad de los estudiantes es de suma prioridad; sin embargo, bajo las leyes estatales, el distrito escolar no es responsable por gastos médicos u otros gastos asociados a la lesión de un estudiante, a menos que la lesión ocurriese como resultado de la operación negligente de un vehículo del Distrito por un empleado. Al llenar y enviar este formulario, usted autoriza a su hijo a participar en el evento descrito anteriormente y reconoce ser responsable por todo gasto médico asociado con toda lesión que el estudiante pueda sufrir durante la actividad, excepto según declarado arriba. Se requiere también que los estudiantes usen el transporte provisto por el Distrito, a menos que el director de la escuela o su representante hayan autorizado específicamente al estudiante para llegar o salir por separado, y que el padre o tutor legal haya llenado los permisos escritos adicionales. El Distrito no será responsable por ninguna acción, lesión o daño que pueda ocurrirle a los estudiantes que viajen en vehículos no provistos por el Distrito.

Si el estudiante mencionado aquí necesita atención y tratamiento inmediatos como resultado de una lesión o una enfermedad, autorizo a los empleados de CFISD para que proporcionen o den consentimiento para tratar.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA MÉDICA: El patrocinador del paseo transportará y administrará los medicamentos recetados administrados por la enfermera de la escuela durante el día escolar regular. Esto se hará solo en el caso de una actividad durante el horario escolar regular.

_____	____/____/20	(____) _____ - _____
Firma del padre o tutor legal	Fecha	No. de teléfono del seguro

_____	_____
Nombre de la compañía de seguro	No. de identificación o de grupo

Asegúrese de proporcionar una copia de la tarjeta de seguro del estudiante.

En caso que el estudiante tenga una emergencia, los empleados de CFISD deben tener conocimiento de toda condición médica que tenga su hijo para proporcionarle la atención adecuada. Asegúrese de listar la condición médica y el medicamento de su hijo.

- Asma Diabetes Trastorno convulsivo Liste toda alergia alimentaria grave _____
- Medicamentos diarios y de emergencia: _____
- Información adicional: _____

Apellido del estudiante **Primer nombre** **Segundo nombre**

Llene esta sección SOLO si su hijo necesita que le administren un medicamento sin receta médica o bajo receta médica durante una actividad **después del día escolar regular**. En la tabla a continuación, sírvase listar los medicamentos que usted autoriza a miembros del personal de CFISD a administrarle a su hijo. El patrocinador del paseo compartirá instrucciones para que los padres o tutores legales dejen el medicamento antes del evento. De conformidad con la norma FFAC (LOCAL) de la Junta de CFISD, los medicamentos deben estar en el envase original (etiquetado con el nombre del estudiante) y los estudiantes tienen prohibido transportar medicamentos a la escuela, a la casa o al evento patrocinado por la escuela.

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Hora

_____ / ____ / ____ /20
Firma del padre o tutor legal **Fecha**

Permiso para medicamentos sin receta médica a ser administrados por el distrito

Por la presente autorizo la administración de los siguientes medicamentos sin receta médica administrados por el distrito a mi hijo por empleados escolares asignados. Encerrar en un círculo "Sí" o "No" en la última columna.

Síntoma	Medicamento	Marca	Encerrar en un círculo "Sí" o "No"
Reacción alérgica	Diphenhydramine	Benadryl	Sí o No
Dolor leve/Fiebre	Ibuprofen	Addaprin, Motrin	Sí o No
Dolor leve/Fiebre	Acetaminophen	Tylenol	Sí o No
Dolor abdominal leve Acidez, Náusea	Calcium Carbonate Chews	Tums, Maalox	Sí o No

_____ / ____ / ____ /20
Firma del padre o tutor legal **Fecha**

Medication log (For CFISD Use Only)

Date: (Month/Day)	Time	Signs & Symptoms	Medication Dispensed	Initials
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				