

MESD OUTDOOR SCHOOL
11611 NE Ainsworth Circle
Portland, OR 97220
Phone: 503-257-1600
FAX: 503-257-1592

Maestro(a) **Teacher** _____
Escuela **School** _____
Semana **Week** _____
Emplazamiento **Site Attending** _____

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 estudiante Ciudad Código postal

Family Doctor _____ Phone _____
Médico de la familia Teléfono

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)
ALERGIAS (*indique a continuación) | _____ Physical Injuries (recent) Lesiones físicas (recientes) |
| _____ Asthma or other breathing problems
Asma o algún otro problema respiratorio | _____ Seizure Disorder Epilepsia |
| _____ Bowel/Bladder Problems Problemas del intestino o vejiga | _____ Skin Problems Problemas de la piel |
| _____ Bedwetting Enuresis | _____ Sleep Walking Sonambulismo |
| _____ Diabetes Diabetes | _____ Vision/Hearing Problems Problemas visuales o auditivos |
| _____ Emotional/behavioral or learning concerns
Problemas de aprendizaje o emocionales/comportamiento | _____ Other chronic or recent illness or surgical procedure
(specify): Otras enfermedades recientes o crónicas o
procedimiento quirúrgico (especifique): _____ |
| _____ Handicapping Conditions Discapacidad | _____ |
| _____ Hay Fever Fiebre del heno | _____ |
| _____ Heart Problem Problema 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

**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

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 medication Nombre del medicamento
 - **Dose** (strength and how much) of medication Dosis (concentración y cantidad) del medicamento
 - **Time and Dates** medication should be given Horas y fechas en que se debe suministrar el medicamento
 - **Purpose** or reason for medication Causa 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.

3. 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.

