

Formulario de Consentimiento de Excursiones y Cuestionario de Salud

*Para ser utilizado para excursiones locales o extendidas de Instrucción, Recompensa o Actividad de Celebración.
Todas las excursiones están sujetas a los requisitos especificados en el Distrito Política 2320 & Regulación
2320.1R y 2320.3R.*

POR FAVOR, FIRME Y DEVUÉLVALO AL MAESTRO DE SU HIJO INMEDIATAMENTE

Por la presente doy permiso para _____ para
(estudiante LEGAL nombre y apellido)

participar en la en
(nombre de la excursión) (ciudad, estado)

en con .
(fecha{s}) (Lider del excursion/Escuela/Organización)

El costo de este viaje es \$ y puede ser pagado

Firma del padre o guardián: _____ **Fecha:** _____

**NOTA: Los hermanos de los estudiantes no pueden asistir a excursiones .*

- NA Mi estudiante **TRAERÁ** una bolsa de almuerzo de casa.
- NA Mi estudiante necesita **PEDIR** una bolsa de almuerzo de la escuela.
- NA Me gustaría acompañar. Nombre _____ Teléfono # _____
- NA PUEDO patrocinar a otro estudiante.

Información de Emergencia de Estudiante

Nombre del padre/guardian: _____

Dirreccion: _____

Teléfono: Casa (____) _____ Trabajo(_____)

Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Seguro Médico: _____ Política #:

Por favor lista los nombres de otra persona(s) para contactar si no puede ser contactado en una emergencia:

Contacto de emergencia #1: _____ Teléfono: _____
Contacto de emergencia #2: _____ Teléfono: _____

En caso de accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para ponernos en contacto con el padre o guardian de inmediato. Sin embargo, si no está disponible, el Distrito Escolar asegurará atención médica de emergencia según sea necesario.

- Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela si hay cambios en la salud de mi hijo.
- Entiendo que la información anterior puede compartirse con el personal del distrito escolar o con voluntarios supervisores según sea necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante y para un ambiente seguro propicio para el aprendizaje.
- Autorizo al Distrito Escolar de Tacoma a asegurar atención médica de emergencia según sea necesario.

Firma del padre o guardián: _____ **Fecha:** _____

Formulario de Consentimiento de Excursiones y Cuestionario de Salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

1. ¿Su hijo tiene alguna alergia conocida?

SÍ NO

En caso afirmativo, especifique el alérgeno(s): _____

Reacción y tratamiento: _____

2. ¿Su hijo tiene alguna restricción alimentaria o dietética?

SÍ NO

En caso afirmativo, explique: _____

3. ¿Su hijo tiene algún problema de salud que ponga en peligro su vida?

SÍ NO

En caso afirmativo, especifique: _____

4. ¿Su hijo tiene alguna condición médica que requiera alojamiento para participar en el viaje?

SÍ NO

En caso afirmativo, especifique: _____

5. ¿Su hijo requiere ALGÚN medicamento recetado, suplementos y/o medicamentos de venta libre durante el viaje? (i.e. *ibuprofen, inhalador*)? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique: _____

En caso afirmativo, complete los pasos descritos abajo:

a. **Obtenga un formulario de *Orden del médico para medicamentos en la escuela* del proveedor de atención médica de su hijo.**

✦ Cada medicamento requiere un formulario de pedido de medicamentos por separado, que incluye medicamentos de venta libre.

✦ Se requiere una orden de medicación del médico para que los estudiantes lleven medicamentos por sí mismos.

b. **Lleve el formulario completo de la *Orden del médico para medicamentos en la escuela* y el medicamento de su hijo a la sala de salud de la escuela para que lo revise la enfermera de la escuela.**

✦ Los medicamentos deben ser proporcionados por el padre o guardian del estudiante.

✦ Todos los medicamentos deben estar vigentes y en un envase de farmacia etiquetado que coincida con la orden del médico.

✦ Si su hijo ya tiene medicamentos en la escuela, **consulte con la enfermera de la escuela para determinar si las órdenes actuales de medicamentos de la escuela archivadas son adecuadas.** Si es así, los medicamentos de su hijo se enviarán en el viaje nocturno con un miembro del personal de la escuela y se administrarán según las indicaciones.

Si no se completan los pasos anteriores, su hijo no será elegible para recibir medicamentos en el viaje. Si el medicamento está relacionado con una afección potencialmente mortal, se restringirá la participación de su hijo.

Formulario de Consentimiento de Excursiones y Cuestionario de Salud

Papeleo de medicamentos y medicamentos a pagar por _____

Firma del padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Photo / Video / Web Release Form

Dear Parent or Guardian,

On occasion, representatives from and/or employees of Tacoma Public Schools may wish to photograph, videotape or interview individuals in connection with school programs, projects or events. In order to release photographs, video footage and comments for publication on the web or broadcast on TPS TV, we need written permission. To give your consent, please complete and sign this form.

Parent/Guardian (print)	
Student/Child (print)	
Address	

(street) (city) (state) (zip)

I give permission for my child to be photographed, videotaped and/or interviewed by representatives from Tacoma Public Schools for educational or public relations purposes. I authorize the use and reproduction by Tacoma Public Schools of any and all photographs and/or video taken of my child, without compensation to me or my child. All photographs and recordings shall be the sole property of Tacoma Public Schools. I waive any right to inspect or approve the finished photographs, video recordings, audio, artwork or printed materials that may be used in conjunction with them.

Parent/Guardian signature _____ Date: ____/____/____

Tacoma Public School District #10 • 601 S. 8th St. Tacoma, WA 98405 • 253-571-1000 • <http://www.tacoma.k12.wa.us>

TPS TV Click! cable channel **25** • Comcast cable channel **26**

/comrel/tv-web-rel-form.pdf



Image Release City of Tacoma

Date

I, the undersigned, hereby grant permission to the City of Tacoma to reproduce or otherwise use photo or video images taken of me in City of Tacoma print or online publications, video productions, websites, social media sites, apps or other types of media.

First Name and Last Name
(Please Print)

Signature

If the relevant image is of a minor, under age 18,
parent or guardian must grant permission.

First Name and Last Name of Parent or Guardian
(Please Print | Write N/A if Not Applicable)

Signature

April 2013