



Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

## Museo del Niño de Jackson Hole

### Formulario de Información y Datos Médicos

#### INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio físico \_\_\_\_\_

Escuela y Año escolar: \_\_\_\_\_

#### *Información del Padre/Tutor (contactos primarios):*

Nombre (1): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre, Domicilio y Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre (2): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre, Domicilio y Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

#### *Contactos de Emergencia:*

<b>Contacto de Emergencia Primario</b>	
Dirección	
Teléfono y correo electrónico	
<b>Contacto de Emergencia Secundario</b>	
Dirección	
Teléfono y correo electrónico	

*Personas Autorizadas:*

A menos que se autorice previamente, únicamente se permitirá a padres o tutores recoger a los participantes. Por favor anote aquí a cualquier otra persona autorizada para recoger a su hijo/a del Museo del Niño. Ingrese el nombre, la dirección y el número telefónico de cada persona. Agregue también a personas que *no tengan autorización de recoger*. Si permite a su hijo/a irse solo/la en bicicleta o a pie, por favor déjenos saber.

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD**

Por favor circule SÍ o NO para cada pregunta. Si la respuesta es SÍ, por favor explique en el recuadro de al lado.

1) ¿Tiene alguna reacción adversa a algún medicamento?	SÍ NO	
2) ¿El estudiante toma algún medicamento a diario? Si SÍ, ¿qué tipo/dosis? ¿Para qué toma el medicamento?	SÍ NO	
3) ¿Se auto-administrará su hijo el medicamento durante horas de campamento? Si SÍ, explique.	SÍ NO	
4) ¿Tiene alergias a algún medicamento, alimento o medio ambiente? Explique la reacción alérgica.	SÍ NO	
5) ¿Tiene alguna restricción dietética/alimentaria?	SÍ NO	
6) ¿Le ha picado una abeja alguna vez? Si sí, describa la reacción alérgica.	SÍ NO	
7) ¿Atrasado para la serie de vacunas contra el tétanos?	SÍ NO	
8) ¿Problemas respiratorios o asma? Los estudiantes que usen inhaladores deberán cargarlos consigo en todo momento.	SÍ NO	
9) ¿Defectos o enfermedades cardíacas?	SÍ NO	
10) ¿Antecedentes de convulsiones, epilepsia u otro trastorno médico?	SÍ NO	
11) ¿Algún problema con articulaciones, tobillo, rodilla o cadera?	SÍ NO	
12) ¿El estudiante tiene diabetes? Si sí, describa qué tipo.	SÍ NO	
13) ¿El estudiante ha consultado con un profesional de salud mental en los últimos 2 años? Por favor explique.	SÍ NO	
14) ¿Tiene el estudiante alguna otra afección médica que impida su participación en actividades extenuantes?	SÍ NO	
15) ¿Utiliza el estudiante gafas o lentes de contactos?	SÍ NO	
16) ¿Tiene el estudiante diferencias de aprendizaje o de información, que deberíamos de saber?	SÍ NO	
17) Cualquier información adicional:		

### EXPOSICIÓN Y EVALUACIÓN A COVID-19

Las familias acuerdan notificar a JHCM si su hijo ha exhibido algún síntoma de COVID-19 en las 2 semanas previas al comienzo del campamento. Estas incluyen, pero no se limitan a, fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento, fatiga, dolor en los músculos, cuerpo cortado, dolor de cabeza, pérdida del gusto u olfato, garganta irritada, congestión, náusea o diarrea O si han estado en contacto con alguien que ha exhibido estos síntomas o que ha arrojado un diagnóstico positivo COVID-19 durante ese periodo. Pedimos a los niños que exhiban dichos síntomas, o hayan estado en contacto con individuos sintomáticos, que permanezcan en sus casas. Las familias deberán participar en cuestionarios de evaluación de salud diarios, con el fin de cumplir con las pautas de salud estatales, locales y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés).

### ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA

En caso de una urgencia/emergencia, JHCM no transportará a su hijo/a. Llamaremos al 911 para que transporte de urgencias lo haga.

### PROVEEDORES

Nombre y Teléfono de Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono del Dentista: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

En caso de una emergencia, el personal del Museo del Niño de Jackson Hole únicamente administrará Benadryl y Epinefrina. Si su hijo/a requiere tomar medicamentos durante horas del campamento, el medicamento debe venir en el contenedor original con instrucciones de uso. Esto incluye epinefrina inyectable (Epi-pen). Asegúrese de que su hijo/a cargue consigo cualquier medicamento que necesite (Epi-pen, Inhalador, etc.). Si se administra algo, se notificará a los padres.

Alimento/Alergias: No podemos garantizar un espacio libre de alérgenos alimenticios. Por favor notifíquenos si su hijo/a cuenta con necesidades médicas, dietéticas o alergias.

Medicamentos sin receta (p. ej. protector solar): Por favor proporcione protector solar para su hijo/a. Si no lo provee, el personal de JHCM podrá aplicárselo en dado caso de que se lleve a cabo una actividad al exterior.

Marque una X aquí para autorizar a JHCM aplicarle protector solar provisto por un padre o programa a su hijo/a

Marque una X aquí para autorizar a JHCM aplicarle crema triple antibiótica (p. neosporina) provisto por un padre o programa a su hijo/a.

### EXCURSIONES

Se notificará con anticipación a los padres de familia si se planea una excursión. JHCM no transportará a los niños/as; la ubicación de las excursiones podrá accesarse a pie o por autobús START. Como parte de los programas diarios, los estudiantes visitarán el campo y patio infantil de la Escuela Primaria (Jackson Elementary).

AÑADA CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE, si corresponde: \_\_\_\_\_

*Doy permiso a mi hijo/a a participar en todas las actividades de JHCM, incluyendo excursiones y uso del jardín infantil y campo de Jackson Elementary. Hago constar que toda la información en este formulario es correcta y completa y que no he retenido información alguna.*

Padre 1 \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Fecha Nombre Completo aquí

Padre 2 \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Fecha Nombre Completo aquí