



# ART ASSOCIATION OF JACKSON HOLE

## Educación Juvenil - Formulario de Autorización e Información Médica

*\*Este formulario deberá completarse antes de que el niño/a acuda al campamento.*

### Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel de Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_

### Información Médica Obligatoria

1. Por favor marque el recuadro correspondiente si su niño/a sufre de lo siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD             | <input type="checkbox"/> Desmayos                        |
| <input type="checkbox"/> Alergia / Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición          |
| <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión            |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad             | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca               |
| <input type="checkbox"/> Depresión            | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) _____ |

**2. Médica:** Por favor describa el padecimiento médico y enumere todos los medicamentos que puede necesitar tomar su hijo/a durante la clase o campamento (*use el espacio en la segunda página, si es necesario*).

**3. Alergia:** Anote cualquier alergia ante alimentos, insectos, medicamentos, etc... Describa la reacción y la gravedad de la alergia. Indique si su hijo/a debe cargar epinefrina inyectable (Epipen) y si es capaz de autoadministrársela (*use el espacio en la segunda página, si es necesario*).

¿Su hijo/a ha sido picado/a por una abeja?

- Sí  
 No

En caso afirmativo, describa su reacción. \_\_\_\_\_

**4. Otro:** Detalle cualquier otro padecimiento o necesidad que tenga su hijo/a y que deba informarse a los instructores:

---

La información provista es correcta y completa, doy fe, hoy \_\_\_\_\_ **(fecha)**.

Estoy de acuerdo en que llamaré a la Asociación de Arte, al teléfono 307.733.6379 (extensión 1), para actualizar esta información si llegase a cambiar. En caso de emergencia, doy permiso a la Asociación de Arte a buscar atención médica para mi hijo/a.

**Firma del Padre o Tutor** \_\_\_\_\_

*\*La privacidad es de suma importancia para la Asociación de Arte de Jackson Hole. La información provista en este documento sólo será divulgada al personal de la Asociación de Arte para garantizar la seguridad y el bienestar de su hijo/a.\**

---

*(Espacio adicional para respuestas a las preguntas 2 y / o 3, si es necesario)*