

CONFIDENCIAL: FORMULARIO DE PERMISO MEDICO Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE
(escriba en letra de molde)

Nombre Completo del Estudiante _____

OSAI Disciplina _____ Fecha de Nacimiento _____

Altura _____ Peso _____ Color de Pelo _____ Color de Ojos _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Responda a cada una de las preguntas siguientes. La información médica es confidencial y este formulario será destruido después de la OSAI. **Si su hijo/a tiene una condición médica grave que requiere cuidados especiales o medicación, por favor incluya una carta de instrucciones de su médico.** Esta información es útil en caso de que sea necesario un tratamiento médico durante OSAI.

Nombre del médico principal: _____

Número de teléfono del médico (con código de área): _____ Ciudad: _____

¿Su hijo/a tiene seguro médico? Sí No

Nombre y dirección de la compañía de seguro: _____

Nombre del asegurado: _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición física o psicológica que el personal administrativo y de enfermería deba saber? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado o atendido por un médico o quiropráctico en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

En consideración de la proximidad de los estudiantes de OSAI que viven y aprenden juntos en Quartz Mountain, es muy recomendado que todos los participantes estén al día con las vacunas antes de llegar a Quartz Mountain. Por favor, indique el estado de vacunación actual de su hijo/a a continuación:

Vacunas requeridas por la escuela	<input type="checkbox"/> Sí/Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> No/Ningunas
(por ejemplo, Tdap, DTap, MMR, Varicella, IPV)			
Inmunización meningocócica	<input type="checkbox"/> Sí/Totalmente Vacunado	<input type="checkbox"/> Parcialmente Vacunado	<input type="checkbox"/> No/No Vacunado
Inmunización COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí/Totalmente Vacunado	<input type="checkbox"/> Parcialmente Vacunado	<input type="checkbox"/> No/No Vacunado
Inmunización COVID-19 booster	<input type="checkbox"/> Sí/Recibida	<input type="checkbox"/> Parcialmente Vacunado	<input type="checkbox"/> No/No Vacunado

Si hay alguna otra información sobre el estado de vacunación de su hijo/a que desee comunicarnos, hágalo aquí: _____

Por favor, devuelva este formulario a la oficina de OAI antes del domingo 1 de mayo.
111 NW 9th Street, Oklahoma City, OK 73102

Por favor, identifique cualquier alergia que tenga su hijo, su reacción a la misma y los cuidados habituales para su alergia:

Medicamento o drogas Sí No
Comida Sí No
Otras/restricciones Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

OAI se esfuerza por crear un entorno inclusivo y accesible en OSAI en el que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, puedan participar plenamente. Necesita su hijo/a alguna adaptación en Quartz Mountain? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

Por favor, facilite en el espacio siguiente cualquier información adicional sobre la salud de su hijo/a que pueda afectar a su capacidad para participar plenamente en OSAI.

Si desea consultar con una enfermera titulada de OSAI sobre las necesidades de salud de su hijo/a antes de OSAI, indíquelo aquí: Sí No

Si la respuesta es sí, indique el nombre y la información de contacto preferidos:

Permiso Médico

En caso de emergencia médica, por la presente libero a OAI y a sus empleados, agentes y representantes de cualquier responsabilidad derivada de la obtención o prestación de tratamiento médico, incluido el transporte para buscar tratamiento médico, excepto en casos de negligencia grave o mala conducta intencionada.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/la madre/representante legal

Fecha

Número de teléfono de contacto de emergencia durante el día (con código de área): _____

Número de teléfono de contacto de emergencia durante la noche (con código de área): _____

Por favor, devuelva este formulario a la oficina de OAI antes del domingo 1 de mayo.
111 NW 9th Street, Oklahoma City, OK 73102

Permiso para administrar medicamentos

“Medicamento” es cualquier sustancia que una persona toma para mantener y/o mejorar su salud, lo que incluye vitaminas y remedios naturales. Todos los medicamentos, incluidos los de venta libre (OTC), deben traerse en el envase **original, debidamente etiquetado**, y serán administrados por el personal de enfermería de OSAI. Los artículos no etiquetados no pueden ser utilizados en OSAI. Por favor, entregue *todos* los medicamentos (de receta y de venta libre) a las enfermeras al momento de registrarse. El Centro de Salud de OSAI también mantiene un suministro de medicamentos comunes de venta libre.

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor incluya toda la información que aparece a continuación sobre cada uno de los medicamentos que toma su hijo/a:

Nombre de medicamento	Cantidad o dosis	Cuando se administra	Como se administra	Motivo para tomar
(EJEMPLO): minociclina	100 mg	cada mañana	oralmente, con alimentos	acné

Si se trata de una receta, indique el/los medico/s y su/s dirección/es: _____

Por la presente autorizo al personal de enfermería de OSAI a administrar medicamentos de venta libre a mi hijo/a para molestias o enfermedades menores según sea necesario. Sí No

Si la respuesta es sí, en el Centro de Salud de OSAI se pueden almacenar los siguientes medicamentos sin receta. Por favor, tache cualquier artículo que **NO** deba ser administrado de esta lista:

- | | |
|--|---|
| Tylenol 500mg (dolor/ fiebre) | Ibuprofen 200mg (dolor/ fiebre) |
| Benadryl 25-50mg | Chlortabs (Chlorpheniramine) (antihistamínico) |
| Loratadine 10mg (alivio de alergia) | Bismuth Subsalicylate (Pepto-Bismol) |
| Loperamide HCl 2mg (diarrea) | Mucus Relief (guaifenesina) |
| Hydrocortisone Cream 1% | Calahist (analgésico externo/ protector de la piel) |
| Calamine lotion (alivio del picor de la piel) | |
| Suphedrine PE (fenilefrina HCl) 10mg (alivio de la congestión nasal) | |

Si desea dejar un comentario sobre las directivas OTC para su hijo/a, utilice el espacio siguiente.

Padre/Madre/Representante Legal:

Nombre Impreso

Firma

Fecha

Por favor, devuelva este formulario a la oficina de OAI antes del domingo 1 de mayo.
111 NW 9th Street, Oklahoma City, OK 73102

INSTITUTO DE ARTES DE OKLAHOMA
Autorización para Divulgar Información Sanitaria

Nombre del Estudiante _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

OSAI Disciplina _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____ (“ESTUDIANTE”), por la presente autorizo a OKLAHOMA ARTS INSTITUTE (OAI) a revelar información de salud específica del Cuestionario de Cuidado de la Salud del ESTUDIANTE según sea necesario para garantizar la salud y la seguridad del ESTUDIANTE, incluyendo, pero no limitado a la divulgación de dicha información a una sala de emergencias del hospital, médico y/o técnicos médicos de emergencia de ambulancia.

Además, entiendo que esta Autorización para Revelar Información de Salud será efectiva durante la asistencia del ESTUDIANTE al Programa OAI, a menos que se revoque por escrito. Antes del 1 de junio de 2022, **DICHA RECOVACION DEBE ENTREGARSE A LAS OFICINAS DE OAI DURANTE EL HORARIO LABORAL NORMAL EN 111 NW 9th Street, Oklahoma City, OK 73102.** Desde el 1 de junio de 2022 hasta el 26 de junio de 2022, **DICHA REVOCACION DEBERA ENTREGARSE EN LA OFICINA DE OAI EN QUARTZ MOUNTAIN LODGE EN 22469 LODGE ROAD, LONE WOLF, OK, 73655.**

ESTA AUTORIZACION EXPIRARA Y SE CONSIDERARA REVOCADA AL FINALIZAR MI ASISTENCIA AL INSTITUTO DE ARTES DE VERANO DE OKLAHOMA. Además, entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de su fecha de renovación es legal y vinculante.

También entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Firma del Estudiante Fecha

Firma del Padre/de la Madre/Representante Legal Fecha

Por favor, devuelva este formulario a la oficina de OAI antes del domingo 1 de mayo.
111 NW 9th Street, Oklahoma City, OK 73102