



# Holyoke Public Schools (HPS)

## Parent/Guardian Field Trip Health-Related Information

*In order for your child to participate, please complete fully, sign and return it to the School Nurse. Self-administration is optional, and fill out and sign the Self-administration form if you want your child to self-administer their medication.*

Student name \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Home # \_\_\_\_\_

P/G cell # \_\_\_\_\_

P/G work # \_\_\_\_\_

Field trip date \_\_\_\_\_

Location \_\_\_\_\_

**My child has medication or medical needs/treatments on the field trip:**  No  Yes, please explain and provide any details about required medication or treatment that may/will be required during the field trip described above \_\_\_\_\_

and contact the School Nurse by phone: \_\_\_\_\_ or fax \_\_\_\_\_

*Students may self-administer medications with the school nurse, parent/guardian and prescriber approval. Please complete and sign the attached "Self-Administration Medication Form for Parents" if you wish your child to self-administer their medication.*

**My child has a history of**  Diabetes  Asthma  Heart Concerns  Seizures  Other \_\_\_\_\_

**Allergies:**  No  Yes, please list: \_\_\_\_\_

**EpiPen; EpiPen, Jr.; Epinephrine:**  No  Yes

**Inhaler:**  No  Yes

**In case of emergency, if parent/guardian is unavailable, the following people may be contacted:**

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Health insurance provider: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

Preferred local hospital: \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_

Specific arrangements will be made in advance for medication/medical needs/treatment to be given on the Field Trip.  
Please make sure your child's Physical Examination and Immunizations are up-to date, so they can safely participate in this event.

*I hereby give permission for my child to be transported and to participate in all activities on the field trip as indicated above. I give permission for school personnel to transport my child to a medical facility and to secure emergency treatment for my child, if necessary. If indicated, I grant permission for a nurse or a trained staff member to administer my child's medication during the above school sponsored Field Trip event. I am aware that the staff member will administer the medication as ordered by the physician and delegated by the school nurse.*

Parent/guardian signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Printed name \_\_\_\_\_



## Escuelas Públicas de Holyoke (HPS)

### Excursiones: datos de los padres/tutores relacionados a la salud

*Para que su hijo(a) participe, por favor llene completamente, firme y devuélvalo a la enfermera de la escuela. La autoadministración es opcional, y llene y firme el formulario de autoadministración si desea que su hijo se autoadministre sus medicamentos.*

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fec. de Nac. \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

# de celular de padre/tutor \_\_\_\_\_

# de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de la excursión \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

**Mi hijo tiene medicamentos o necesidades/tratamientos para la excursión:**  No  Sí

**Por favor explique y proporcione cualquier detalle sobre los medicamentos o tratamientos requeridos que se requiera durante la excursión descrita arriba:** \_\_\_\_\_

**y comuníquese con la enfermera escolar por teléfono:** \_\_\_\_\_ **o fax** \_\_\_\_\_

*Los estudiantes se pueden administrar los medicamentos con la aprobación de la enfermera de la escuela, el padre/tutor y el recetador. Favor de completar y firmar el "Formulario de Medicamentos de Autoadministración para Padres" adjunto si desea que su hijo se autoadministre sus medicamentos.*

**Mi hijo tiene historial de**  Diabetes  Asma  Corazón  Convulsiones  Otro \_\_\_\_\_

**Alergias:**  No  Sí, favor de enumerar: \_\_\_\_\_

**EpiPen; EpiPen, Jr.; Epinefrina:**  No  Sí **Inhalador (pompa):**  No  Sí

**En caso de emergencia, si el padre/tutor no está disponible, se puede llamar a las personas siguientes:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_

Hospital local preferido: \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_

Se harán arreglos específicos de antemano para que los medicamentos, las necesidades médicas y el tratamiento se administren en la excursión. Por favor, asegúrese de que el examen físico y las vacunas de su hijo estén actuales, para que pueda participar con seguridad en este evento.

*Por la presente doy permiso que le transporte a mi hijo y que participe en todas las actividades de la excursión como se indique arriba. Doy permiso que el personal de la escuela le transporte a mi hijo a un centro médico y asegure tratamiento de emergencia, si es necesario. Si se indica, doy permiso para que una enfermera o un miembro del personal entrenado administre el medicamento de mi hijo durante el evento de Excursión patrocinado por la escuela. Estoy consciente de que el miembro del personal administrará el medicamento según lo ordenado por el médico y delegado por la enfermera de la escuela.*

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre escrito de molde \_\_\_\_\_