

STUDENT HEALTH FORM for 5th Grade Trip to Rock Eagle

Student Name: _____ Gender: _____

Date of Birth: ____/____/____

Home Address: _____

Parent/Guardian: _____

Home Phone: _____ Daytime Phone (if different): _____

Emergency Contact: _____ Phone Number(s): _____

Medical History and Related Information: Please list all medical conditions, medications, allergies, and restrictions to activity along with an explanation.

Insurance Information

Is the participant covered by an insurance plan? Yes ___ No ___ Carrier/Plan name: _____

Group Number: _____ Name of Insured: _____

Carrier Address: _____

Social Security Number of policyholder or insurance ID number: _____

Permission to Provide Necessary Treatment or Emergency Care: I hereby give permission to the medical personnel selected by Rock Eagle 4-H Center to order X-rays, routine tests, treatment; to release any records necessary for insurance purposes; and to provide or arrange necessary related transportation for my child. In the event of an emergency and an effort to reach me fails, I hereby give permission to the physician selected to secure and administer treatment, including hospitalization, for the participant named above.

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____ (The signature above acknowledges the permission to provide necessary treatment and acknowledgment of risk)

FORMA DE SALUD

Nombre de los participantes: _____ Género: _____

Fecha de nacimiento: __/__/__

Dirección de casa: _____

Tutor: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de día (si es diferente): _____

Contacto de emergencia: _____

Números de teléfono): _____

Historial médico e información relacionada: enumere todas las afecciones médicas, medicamentos, alergias y restricciones a la actividad junto con una explicación. Use hojas traseras / adicionales según sea necesario.

Información del Seguro

¿El participante está cubierto por un plan de seguro? Sí ___ No ___ Nombre del proveedor/plan: _____

Número de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____

Dirección del transportista: _____

Número de seguro social del titular de la póliza o número de identificación del seguro:

Permiso para proporcionar el tratamiento necesario o la atención de emergencia: por la presente, doy permiso a personal médico seleccionado por el Centro de educación al aire libre Rock Eagle 4-H para ordenar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento; liberar todos los registros necesarios para fines de seguro; y para proporcionar u organizar el transporte relacionado necesario para mi hijo. En caso de una emergencia y un esfuerzo por comunicarse conmigo falla, por la presente doy permiso al médico seleccionado para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para el participante mencionado anteriormente.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

(La firma anterior reconoce el permiso para proporcionar el tratamiento necesario y el reconocimiento del riesgo)