



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO 2024 - 2025**  
**SE DEBE COPIAR A DOBLE CARA Y APILAR EN ORDEN**  
**ALFABÉTICO, SIN GRAPAS**



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO de**  
**Three Oaks Outdoor Science School**

**Todos los estudiantes deben devolver este formulario completado en su totalidad - este documento NO da permiso o consentimiento para la proporcionar medicamentos recetados o de venta libre.**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres / Tutores \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa de los Padres / Tutores \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA (distinto al nombrado anteriormente)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SU HIJO**

Para proteger a su hijo de posibles situaciones embarazosas, pero no para excluirlo del programa, se necesita la siguiente información. Por favor, encierre en un círculo sí o no. Si así es, facilite más detalles en la línea correspondiente. Si necesita más espacio, añada una hoja por separado al formulario de consentimiento.

¿Su hijo camina dormido, moja la cama por la noche, etc.?      Sí / No

Si es afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Existen factores que puedan afectar la salud de su hijo, como asma, alergias, etc.?      Sí / No

Si es afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa (Sarampión, Paperas, Varicela, etc.) en los últimos 21 días?      Sí / No      Si es así ¿cuales? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido la vacuna contra el tétanos en los últimos 5 años? (NO ES REQUERIDO) Sí / No      Fecha: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido la Vacuna contra el Covid? (NO ES REQUERIDO) Sí / No      Fecha: dosis 1: \_\_\_\_\_ dosis 2: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna alergia que pueda provocar una reacción alérgica a medicamentos, alimentos o factores ambientales? Sí / No

Si es afirmativo, explique el tipo de reacción: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún factor o factores de salud que aconsejen que siga un programa limitado de actividad física?      Sí / No

Si es afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**\*\*DEBEN LLENARSE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO\*\***

