

Grand Canyon Emergency Form Forma de Emergency para el Gran Cañón

I/We, the parent(s)/guardian(s) of the aforementioned student, in the event of any emergency impacting the health or welfare of said student, hereby request and authorize the Redwood City School District, John F Kennedy Middle School Expeditionary Education Foundation and/or designated individuals by the district, to provide first aid to the student, including, where legally permissible, the administration of epinephrine via auto-injector, and the provision of over-the-counter medications, such as aspirin, acetaminophen (Tylenol), Ibuprofen, diphenhydramine (Benadryl), antibiotic ointment, loperamide (Imodium), laxatives and other similar OTC medications. Furthermore, I/We grant them authority to transport said student to the nearest medical facility or doctor during the Grand Canyon trip from May 14 – 23, 2024. Additionally, I/We release the Redwood City School District, John F Kennedy Middle School Expeditionary Education Foundation and/or designated individuals from any liability related to the administration of prescribed and/or OTC medication by any student to my child.

Yo/nosotros, los padres/tutores del estudiante antes mencionado, en caso de cualquier emergencia que afecte la salud o el bienestar de dicho estudiante, por la presente solicitamos y autorizamos al Distrito Escolar de Redwood City, a la Fundación de Educación Expedicionaria de la Escuela Intermedia John F Kennedy y/o a las personas designadas por el distrito, a proporcionar primeros auxilios al estudiante, incluyendo, cuando sea legalmente permitido, la administración de epinefrina a través de un autoinyector y el suministro de medicamentos sin receta, como aspirina, acetaminofén (Tylenol), ibuprofeno, difenhidramina (Benadryl), ungüento antibiótico, loperamida (Imodium), laxantes y otros medicamentos de venta libre similares. Además, les otorgamos autoridad para transportar a dicho estudiante al centro médico o al médico más cercano durante el viaje al Gran Cañón del 14 al 23 de mayo de 2024. Además, liberamos al Distrito Escolar de Redwood City, a la Fundación de Educación Expedicionaria de la Escuela Intermedia John F Kennedy y/o a las personas designadas de cualquier responsabilidad relacionada con la administración de medicamentos recetados y/o de venta libre por parte de cualquier estudiante a mi hijo.

Only one (1) Parent information is required./ Solo se requiere la información de un (1) padre.

Health Insurance Company/Compañía de Seguro Medico

Identification Number/Número de identificación

Print Name of Father/Guardian
Emprime Nombre del Padre/Guardián

X _____
Signature of Father/Guardian
Firma del Padre/Guardián

Address /Domicilio

Email / correo electrónico

Cell number / Número Celular:

Home number / número de casa:

Print Name of Mother/Guardian
Emprime Nombre del Madre/Guardián

X _____
Signature of Mother/Guardian
Firma del Madre/Guardián

Address/Domicilio

Email/correo electrónico

Cell number/Número Celular

Home number/número de casa



Grand Canyon Field Trip Medical Form Excursión al Gran Cañón - Forma Médica



It is essential for us to be informed of all medical conditions, allergies, and/ food restrictions. Additionally, we must know if your child will be taking any medication during the trip.

Es esencial para nosotros estar informados de todas las condiciones médicas, alergias y/restricciones alimentarias. Además, debemos saber si su hijo estará tomando algún medicamento durante el viaje.

All Medical Conditions that the school should be aware of:
Avisarnos sobre todas condiciones médicas que debemos de saber:

Is on Medication: YES / NO

Está tomando medicina: SI /NO

If yes, name of medication / Si respondió si, nombre la medicamento:

Reason for medicine / Razón por la medicina: _____

Dosage / Dosis: _____

Are they self-medicating? YES / NO

¿Son capaces de automedicarse? SI / No

If yes, ____ (Initial here), I understand that my child will be responsible to carry his/her own medicine and to take the required dosage without chaperone supervision.

En caso que si, ____ (iniciales aquí), entiendo que mi hijo será responsable de llevar su propio medicamento y de tomar la dosis requerida sin la supervisión de un acompañante.

Allergies to medicine or foods (including gluten-free)* : YES / NO

Alergias a una medicina/comida (incluyendo sin gluten): SI / NO

If yes, name of medicine/food / Si respondió si, el nombre de la medicina / alimentos:

Food Preferences: (i.e. Vegan, Vegetarian, or has food restrictions): YES / NO

Preferencias alimentarias: (es decir, Vegano, Vegetariano o tiene restricciones alimentarias: SÍ / NO

If yes, please explain / Si por favor explica::

NOTE: Parents will be responsible for providing food for their child's special dietary needs

NOTA: Los padres serán responsables de proporcionar alimentos para necesidades dietéticas especiales de sus hijos