

FORMULARIO KEEP* PARA EL REGISTRO DE PREPARATORIA

**KEEP (Programa de Educación Medioambiental de Kern)*

NOTA: El registro de su hijo/a constituye el permiso para que su hijo/a participe en todas las actividades que se llevan a cabo en KEEP bajo la dirección de la Superintendencia de Escuelas del Condado de Kern.

Nombre: _____	Padre/Tutor Legal# 1: _____	Padre/Tutor Legal#2: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Teléfono del Hogar# 1: _____	Teléfono del Hogar#2: _____
Fechas en KEEP: _____	Teléfono del Trabajo# 1: _____	Teléfono del Trabajo#2: _____
Escuela: _____	Teléfono Celular# 1: _____	Teléfono Celular#2: _____
Maestro/a: _____	Dirección# 1: _____	Dirección#2: _____

INFORMACIÓN ESPECIAL DE SALUD:

1. ¿Su hijo/a tiene una condición de cuidado médico especializado? Si es así, complete el Formulario KEEP de Autorización para Asistir a la clase. También comuníquese con la Superintendente Adjunta Desiree Von Flue por teléfono (661-636-4629) y notifique inmediatamente a la maestra del estudiante sobre lo siguiente:
- a. Cualquier medicamento que requiera inyectarse. No Sí Comentarios: _____
 - b. Diabetes No Sí Comentarios: _____
 - c. Alergia severa a comidas o nueces (que requiera de Epipen) . . . No Sí Comentarios: _____
 - d. Asma severa (que requiera de un nebulizador) No Sí Comentarios: _____
 - e. Restricciones Respiratorias (que limitan la actividad) No Sí Comentarios: _____
 - f. Reacción severa a picadura de abeja (que requiera de Epipen) . . No Sí Comentarios: _____
 - g. Limitaciones en movilidad No Sí Comentarios: _____
 - h. Convulsiones No Sí Comentarios: _____
 - i. Hospitalización o cirugía reciente. No Sí Comentarios: _____
 - j. Otras condiciones serias de salud. No Sí Comentarios: _____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:

2. ¿Está su hijo/a tomando medicamento en el presente? No Sí Si es así, complete el Formulario KEEP de Medicamentos.
3. Condición de salud que pudiera limitar la actividad al aire libre:
- a. ¿Enfermedad o exposición a enfermedades reciente? No Sí Comentarios: _____
 - b. ¿Fracturas, esguinces recientes, etc.? No Sí Comentarios: _____
 - c. ¿Asma? No Sí Comentarios: _____
 - d. ¿Condiciones cardíacas, otras limitaciones físicas? No Sí Comentarios: _____
4. ¿Otros factores que pudieran afectar el cuidado de su niño/a? No Sí Comentarios: _____
5. Información sobre Alergias y Información Dietética:
- a. Vegetariano. No Sí Comentarios: _____
 - b. Alergias a Comidas No Sí Comentarios: _____
 - c. Alergias a Medicamentos No Sí Comentarios: _____
 - d. Alergias a Insectos No Sí Comentarios: _____
 - e. Otras Alergias. No Sí Comentarios: _____
6. ¿Ha recibido su hijo/a la serie completa de la vacuna contra el tétano o el refuerzo? No Sí Si sí ¿en qué fecha? _____
7. ¿Está su hijo/a cubierto por: ¿Medi-Cal? No Sí Número de Tarjeta _____ (añada copia de la tarjeta)
 ¿Seguro Médico? No Sí Nombre de la Compañía _____
 Número de Póliza _____ (añada copia de la tarjeta)
8. Si usted no pudiera ser localizado/a en caso de una emergencia, ¿a quién se le debería de llamar?
- Contacto 1: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____
- Contacto 2: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO. Si se presentara una emergencia médica seria, podría ser necesario que un médico atendiera a su hijo/a antes que el personal de KEEP pudiera comunicarse con usted. Por consiguiente, por la presente yo autorizo a KEEP a proveer cuidado médico y/o quirúrgico, a través de los servicios de un establecimiento médico apropiado para el estudiante, cuyo nombre aparece en este formulario, en cualquier emergencia que pudiera ocurrir mientras él/ella está asistiendo a KEEP y además autorizo para que el médico o establecimiento médico donde se está atendiendo al estudiante tenga acceso a la información médica concerniente al estudiante. Por la presente doy mi permiso para que KEEP autorice la vacuna contra el tétano o refuerzo de la vacuna contra el tétano si es considerado conveniente por el médico en el establecimiento médico apropiado. **Esta declaración debe de ser firmada antes de que su hijo/a sea aceptado/a en el programa KEEP.**

Firma de los Padres/Tutores Legales

Por la presente doy mi permiso para que a mi hijo/a le tomen fotografías o sea grabado en video por los empleados de KEEP y la Superintendencia de Escuelas del Condado de Kern para el uso promocional y educacional en el sitio web de KEEP, televisión, medios de comunicación social, en folletos u otros materiales impresos.

Firma de los Padres/Tutores Legales

CONTRATO KEEP PARA LA CONDUCTA DE LOS CONSEJEROS

KEEP confía en usted como consejero. Favor de leer, escribir sus iniciales en cada declaración, y firmar al pie de este contrato. Entregar este contrato con su formulario de registración. Favor de notar que se requiere la firma de un padre o tutor legal si usted es menor de 18 años de edad.

Como consejero en KEEP yo entiendo que:

- _____ Seré asignado/a a responsabilidades específicas para estudiantes de primaria de 7-13 años.
- _____ Seré un ejemplo de admiración a seguir para estos estudiantes lo cual requerirá que sea un excelente modelo en todo momento.
- _____ Se me exigirá obedecer todas las reglas de KEEP igual que a los estudiantes y apoyaré esas reglas.
- _____ Si un estudiante se comporta mal o no obedece una regla, se me exigirá llevar al estudiante con su maestro/a o un miembro del personal.
- _____ El personal de KEEP y los maestros del salón estarán disponibles 24 horas al día para ayudarme y apoyarme con cualquier situación que me pueda topar.

Como consejero en KEEP yo verifico que:

- _____ Soy físicamente capaz y dispuesto a acompañar a los estudiantes sobre todo caminatas, hasta seis (6) millas por día con elevación gana mas de 1000 pies.

Como consejero en KEEP yo acuerdo que:

- _____ **No** usaré lenguaje inapropiado durante mi semana en KEEP.
- _____ **No** le pegaré, tocaré o levantaré la voz a ninguna persona por cualquier razón.
- _____ **No** usaré alcohol, productos de tabaco, o cualquier droga ilegal durante mi semana en KEEP.
- _____ **No** discutiré temas sexuales o religiosos de cualquier tipo con los estudiantes, ni toleraré comentarios poco halagadores sobre el grupo religioso, de género, o étnico de alguien.
- _____ **No** permito burlas a acoso de estudiantes bajo mi cuidado.
- _____ Trataré a todos los estudiantes con nobleza, respeto y dignidad.

He leído el contrato de consejeros y entiendo mis responsabilidades como un consejero de KEEP. Entiendo que si no cumplo con mis responsabilidades de KEEP, como se indica anteriormente, seré enviado a casa.

Favor de firmar su nombre completo

fecha

Entiendo que si mi hijo/a no cumple con sus responsabilidades de acuerdo a como está indicado anteriormente, el personal de KEEP y los maestros del salón deben destituirlo/a inmediatamente, se me notificará y yo seré responsable de recoger a mi hijo/a inmediatamente.

Firma del Padre/Tutor Legal
(si el consejero es menor de 18 años)

fecha