

# 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. . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
b. Diabetes . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
c. Alergia severa a comidas o nueces (que requiera de Epipen) . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
d. Asma severa (que requiera de un nebulizador) . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
e. Restricciones Respiratorias (que limitan la actividad) . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
f. Reacción severa a picadura de abeja (que requiera de Epipen) . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
g. Limitaciones en movilidad . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
h. Convulsiones . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
i. Hospitalización o cirugía reciente. . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
j. Otras condiciones serias de salud. . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
b. ¿Fracturas, esguinces recientes, etc.? . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
c. ¿Asma? . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
d. ¿Condiciones cardíacas, otras limitaciones físicas? . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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. . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
b. Alergias a Comidas . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
c. Alergias a Medicamentos . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
d. Alergias a Insectos . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
e. Otras Alergias . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Número de Tarjeta _____ (añada copia de la tarjeta)
¿Seguro Médico? . . . . .	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 I: Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono de Casa: ( ) _____	Teléfono Celular: ( ) _____
Contacto II: 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