

FORMULARIO KEEP* PARA EL REGISTRO DEL ESTUDIANTE

*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. Con el fin de proteger a su hijo/a de vergüenza posible, la siguiente información es necesario.

a. ¿Su hijo/a camina dormido?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
b. ¿Su hijo/a moje la cama?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Comentarios: _____
c. ¿Otros factores que pudieran afectar el cuidado de su niño/a?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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? 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 I: Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono de Casa: () _____	Teléfono Celular: () _____
Contacto I: 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, medios de comunicación social, televisión, en folletos u otros materiales impresos.

Firma de los Padres/Tutores Legales