

FORMULARIO KEEP* PARA EL REGISTRO DE ADULTOS

*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: _____ Teléfono del Hogar: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Fechas en KEEP: _____ Teléfono Celular: _____
Escuela: _____ Dirección: _____
Maestro/a: _____

INFORMACIÓN ESPECIAL DE SALUD:

1. ¿Padece de alguna condición de cuidado médico especializado? Si es así, comuníquese con la Superintendente Adjunta Desiree VonFlue (661-636-4629) y notifique al maestro/a de su niño/a de 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 tomando medicamentos? No Sí Si es el caso, favor de guardarlos en la oficina KEEP cuando arribe.
3. Condiciones de la salud que limitarían su 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 su cuidado? 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 la serie completa de la vacuna contra el tétano o el refuerzo? No Sí Si sí ¿en qué fecha? _____
7. Tiene cobertura 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 II: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO. Por consiguiente, por la presente autorizo a KEEP proveer cuidado médico y/o quirúrgico, a través de un establecimiento médico apropiado, para mi persona en cualquier emergencia que pudiera ocurrir mientras me encuentro en KEEP, y además, autorizo para que el médico o establecimiento médico donde me encuentro tenga acceso a la información médica relacionada a mí. Por la presente doy mi permiso para que KEEP autorice la vacuna contra el tétano o refuerzo si lo considera conveniente el médico en el establecimiento médico adecuado. **Esta declaración debe ser firmada para poder ser aceptado/a en el programa KEEP.**

Firma

Por la presente doy mi permiso para ser fotografiado/a o grabado/a en video por los empleados de KEEP y la Superintendencia de Escuelas para el uso educacional y promocional en el sitio web de KEEP, televisión, medios de comunicación social, en folletos u otros materiales impresos.

Firma

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.

Precauciones de seguridad de COVID:

- _____ Durante 10 días antes del Campamento KEEP, controlaré mi salud por mi cuenta. Informaré con sinceridad cualquier síntoma de COVID-19 o exposición conocida en el Formulario de evaluación de salud previo al viaje antes de partir hacia el campamento.
- _____ Durante 10 días antes de mi viaje, evitaré viajes innecesarios, lugares concurridos y otras actividades donde pueda haber un mayor riesgo de exposición al COVID-19.
- _____ Se me permite llevar mascarillas quirúrgicas o de tela de dos capas al campamento. No se recomiendan pañuelos o polainas para el cuello. (Por favor, póngase en contacto con su escuela para obtener ayuda si es necesario).
- _____ Mientras estoy en el campamento, puedo usar una máscara en cualquier momento. Me aseguraré de que los estudiantes bajo mi supervisión puedan usar máscaras si así lo desean.
- _____ Mientras esté en el campamento, cada mañana realizaré una encuesta de salud para cada miembro de mi cabaña, como lo demostrará el personal de KEEP a su llegada.
- _____ Mientras esté en el campamento, informaré de inmediato al personal de KEEP si yo, o alguno de los estudiantes bajo mi cuidado, no nos sentimos bien.
- _____ Mientras esté en el campamento, alentará, recordará y modelará el buen lavado de manos y la etiqueta de estornudar / toser como lo describe el personal de KEEP a su llegada.
- _____ Mientras esté en el campamento, limitaré las interacciones con adultos y estudiantes que no estén en mi cabaña o grupo de caminata.
- _____ Mientras esté en el campamento, apoyaré las políticas de seguridad de KEEP COVID-19 lo mejor que pueda y presentaré mis inquietudes en privado al personal de KEEP.

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 tocar.

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, será 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