

## 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. . . . .  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. Con el fin de proteger a su hijo/a de vergüenza posible, la siguiente información es necesario.
- a. ¿Su hijo/a camina dormido? . . . . .  No  Sí Comentarios: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Su hijo/a moje la cama? . . . . .  No  Sí Comentarios: \_\_\_\_\_
  - c. ¿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 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, medios de comunicación social, televisión, en folletos u otros materiales impresos.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Tutores Legales