

# 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 Russell Sentes por teléfono (661-636-4161) 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 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, 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.

### 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 previa 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, alentaré, recordaré y modelaré 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 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