

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 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. 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 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