

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 Russell Sentes (661-636-4151) 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 1: Nombre: _____ | Relación: _____ | Teléfono de Casa: (____) _____ | Teléfono Celular: (____) _____ |
| Contacto 2: 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 DE CONDUCTA PARA CONSEJEROS ADULTOS DE KEEP

KEEP depende de usted como consejero(a). Por favor, lea, coloque sus iniciales en cada declaración y firme al final de este contrato. Entregue este contrato junto con su formulario de inscripción.

Como consejero(a) en KEEP, confirmo que:

_____ Tengo la capacidad física y la disposición para acompañar a los estudiantes en todas las caminatas, que pueden ser de hasta seis (6) millas por día, incluyendo ascensos de más de 1000 pies de elevación.

Como consejero(a) en KEEP, acepto que:

_____ Se me asignarán responsabilidades específicas para un grupo de entre 7 y 13 estudiantes, a quienes supervisaré durante 23 horas al día

_____ Me comprometo a ser siempre un buen ejemplo para los estudiantes, demostrando conducta y actitud positiva en todo momento.

_____ Me comprometo a cumplir y apoyar todas las reglas de KEEP, al igual que los estudiantes. (Por ejemplo: no usar teléfonos celulares, ni consumir dulces, refrescos o chicle frente a ellos).

_____ Si un estudiante se comporta mal o no cumple una regla, me comunicaré con un maestro o con el personal de KEEP.

_____ El personal de KEEP y los maestros están disponibles las 24 horas para ofrecerme apoyo en cualquier circunstancia.

_____ Durante el campamento, avisaré de inmediato a un maestro o al personal de KEEP si alguien a mi cuidado se siente mal, tiene nostalgia de casa o no está adaptándose bien.

Como consejero(a) en KEEP, acepto que:

_____ Los cigarrillos electrónicos (vapeadores) y productos de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar) están prohibidos en los terrenos, edificios, vehículos escolares y excursiones. Se permiten los parches y chicles de nicotina.

_____ El alcohol, la marijuana y las drogas ilegales están prohibidos en los terrenos, edificios, vehículos escolares y durante las excursiones.

_____ Usaré un lenguaje y ropa apropiados para la escuela.

_____ No discutiré creencias sexuales, religiosas o políticas de ningún tipo con los estudiantes, ni toleraré comentarios desagradables sobre la religión, el género o el grupo étnico de ninguna persona.

_____ No toleraré ni permitiré ningún tipo de burla o intimidación hacia los estudiantes bajo mi responsabilidad.

_____ Trataré a todos los estudiantes con amabilidad, respeto y dignidad.

_____ No golpearé, tocaré, sujetaré, amenazaré ni alzaré la voz a ninguna persona por ninguna razón.

_____ Cumpliré con las reglas de Camp KEEP sobre el uso de celulares.

- No se permite el uso de teléfonos celulares por parte de los estudiantes
- Todo contacto entre estudiantes y sus familias debe realizarse a través de los maestros.
- No se permiten teléfonos ni fotografías en áreas interiores (cabañas, baños, duchas).
- Limite el uso del teléfono como adulto únicamente durante sus descansos.
- No publique fotos de los hijos de otras personas en sus redes sociales.

He leído el contrato para consejeros arriba mencionado y comprendo mis responsabilidades como consejero(a) de KEEP. Entiendo que si no cumplo con mis responsabilidades en KEEP según lo establecido, seré enviado(a) a casa.

Por favor, firme su nombre completo

fecha