

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? | Nombre de la Compañía _____ |
| ☐ No ☐ Sí | Número de Póliza _____ (añada copia de la tarjeta) |

Consentimiento para pruebas de antígeno de COVID de Camp KEEP:

Para mantener una escuela residencial saludable, si un estudiante tiene síntomas de COVID 19, los resultados de una prueba de antígeno autoadministrada determinarán cuándo puede permanecer en KEEP. Por favor, elija una opción:

____ Sí, autorizo que mi hijo/a se autoadministre una prueba de antígeno de COVID si presenta síntomas. Si el resultado es negativo, podrá quedarse en KEEP Si es positivo, recogeré a mi hijo/a inmediatamente.

____ NO autorizo que mi hijo/a se autoadministre una prueba de antígeno de COVID si presenta síntomas. Recogeré a mi hijo/a inmediatamente.

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

Contrato del Comportamiento

Nombre: _____

Maestro/a: _____

Como padre/tutor, acepto lo siguiente:

- Puedo ser contactado/a en cualquier momento, día/noche, durante la visita de mi hijo/a. Responderé a la escuela, al maestro/a de mi hijo/a o al Campamento KEEP (código de área 805) lo más rápido posible.
- Yo entiendo que suponemos que los estudiantes van a seguir las reglas y direcciones por la seguridad de todos, para apoyar el aprendizaje y demostrar respeto. Si un estudiante se comporta mal continuamente, se les mandará a casa.
- No hay reembolsos disponibles para los niños que sean enviados a casa debido a su comportamiento.
- Si mandan a mi hijo/a a casa por enfermedad, herida o mal comportamiento, lo recogeré dentro de las 3 horas de la notificación. Si es necesario, organizaré la recogida de mi hijo/a con los contactos de emergencia que se indican a continuación.

Como estudiante, estoy de acuerdo con las siguientes reglas:

- **Seguiré las instrucciones de seguridad.**

Por ejemplo: Mantendré mis manos y mi cuerpo para mí mismo/a, me quedaré dentro de los límites del campamento, respetaré la privacidad de los demás, usaré el sistema de compañeros y solo entraré a mi cabaña bajo supervisión.

- **Adoptaré comportamientos positivos en mi aprendizaje.**

Por ejemplo: Durante las actividades, escucharé atentamente, participaré en las discusiones y me involucraré en las actividades científicas. Usaré lenguaje y temas de conversación apropiados para la escuela.

- **Trataré a todos y a todo con respeto.**

Por ejemplo: Trataré a todas las personas y cosas con amabilidad y dignidad. No usaré insultos ni comentarios despectivos. Seguiré las instrucciones de los adultos. Ayudaré a limpiar mi espacio y utilizaré los botes de basura. Tendré cuidado con las plantas y los animales.

Firma del Estudiante: _____ Firma del Padre/Madre: _____

Contacto 1 del Padre/Madre o Tutor/a

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono#2 _____

Contacto 2 del Padre/Madre o Tutor/a

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono#2 _____

Contacto 3 Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono#2 _____

Contacto 3 Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono#2 _____