

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN KEEP* DE ALUMNOS

*KEEP (Programa de Educación Medioambiental de Kern)

La inscripción otorga permiso para que su hijo(a) participe en todas las actividades de KEEP, dirigidas por la Superintendencia de las Escuelas del Condado Kern.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio Principal: _____ Fechas en KEEP: _____
Padre/Tutor Legal#1: _____ Teléfono: _____ Escuela: _____
Padre/Tutor Legal#2: _____ Teléfono: _____ Maestra/o: _____

INFORMACIÓN ESPECIAL DE SALUD:

I. Si responde sí a alguna de estas condiciones médicas especiales, complete el Formulario "de la Autorización Médica para Asistir". También, comuníquese con el superintendente adjunto Russell Sentes (661-636-4161) y avísele inmediatamente al maestro de su hijo/a para que le proporcione un adulto responsable.

- a.** Medicamentos que requieren de inyecciones o supositorios. . . . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
b. Diabetes ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
c. Alergias graves a alimentos o frutos secos (que requieren Epipen) ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
d. Asma grave que requiere el uso diario de un aparato respiratorio (nebulizador). ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
e. Restricciones respiratorias que limitan la actividad ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
f. Reacción grave a una picadura de abeja (que requiere Epipen) . . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
g. Limitaciones de movilidad ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
h. Trastorno Convulsivo ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
i. Hospitalizaciones o cirugías recientes ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
j. Otras condiciones graves de salud ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:

- 2.** ¿Su hijo/a toma actualmente algún medicamento? ☐ No ☐ Sí Si es así, complete el Formulario de Medicamentos KEEP para alumnos.
3. Condición de salud que limitaría la actividad al aire libre:
a. ¿Enfermedad reciente o exposición a enfermedades? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
b. ¿Fracturas de huesos recientes, esguinces, etc.? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
c. ¿Asma? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
d. ¿condición cardíaca, otras limitaciones físicas? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
4. Con el fin de proteger a los niños de posibles situaciones vergonzosas, es necesario proporcionar la siguiente información:
a. ¿Su hijo(a) camina dormido(a)? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
b. ¿Su hijo(a) moja la cama por la noche? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
c. Otros factores que podrían afectar el cuidado de su hijo/a? . . . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
5. Información sobre alergias y dieta:
a. Vegetariano(a). ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
b. Alergias a alimentos ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
c. Alergias a Medicamentos ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
d. Alergias a los insectos ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
e. Otras inquietudes de alergias y dieta ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
6. ¿Su hijo(a) ha recibido la serie de vacunas contra el tétanos o la vacuna de refuerzo? ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
7. ¿Su hijo/a esta cubierto con: ¿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)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO. Si se llega a presentar una emergencia grave, podría ser necesario que un médico atienda a su hijo(a) antes que el personal de KEEP pudiera comunicarse con usted. Yo autorizo a KEEP a proporcionar atención médica y/o quirúrgica a través de las instalaciones de un establecimiento médico apropiado para el alumno(a) mencionado anteriormente en cualquier emergencia que suceda mientras que este participando en KEEP y además autorizo la divulgación de dicha información médica relacionada con el alumno(a) que el médico tratante o el centro médico pueda requerir. Doy mi permiso para que el personal de KEEP autorice la vacuna contra el tétano o el refuerzo, si un médico lo considera conveniente en el centro médico adecuado. Esta afirmación debe ser firmada antes de que su hijo(a) pueda ser aceptado(a) en KEEP.

Firma de los Padres/Tutores

Yo doy permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado o videogrado por el personal de KEEP y de la Superintendencia de las Escuelas del Condado Kern para propósitos educativos y promocionales en el sitio web de KEEP, redes sociales, televisión, o folletos u otros materiales impresos.

Firma de los Padres/Tutores Legal

Medicamentos Sin Receta Disponibles en Camp KEEP Según Sea-Necesario:

En ocasiones, es necesario proporcionarles a los alumnos medicamentos sin receta cuando se encuentran en el campamento. Los medicamentos que se enumeran a continuación se mantienen en reserva en el campamento para este fin. No envíe estos artículos al campamento. Por favor marque "sí" (☑) o "no" (☐) a continuación para indicar su permiso para que se administren los medicamentos indicados, según sea necesario y según la dosis recomendada, por el personal de Camp KEEP u otro miembro del personal autorizado.

No administraremos ningún medicamento sin autorización y aviso previo.

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paracetamol (Tylenol: dolores de cabeza/músculos, calambres, fiebre, dolor) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ibuprofeno (Advil: dolores de cabeza/músculos, calambres, fiebre, dolor) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carbonato cálcico (Tums: dolor de estómago, diarrea) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difenhidramina (Benadryl: alergias, picazón, picaduras de insectos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Loratadina (Claritin: alergias, fiebre del heno) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceterizina (Zyrtec: alergias, fiebre del heno) |

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pastillas para la tos (dolor de garganta, pastillas para la tos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pomada de Hidrocortisona (picazón, sarpullido) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pomada antibiótica (raspón y cortes leves) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crema Caladryl (picazón, sarpullido) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crema de Aloe Vera (quemaduras solares) |

Autorización para Tratamiento Médico – Se requiere la firma del estudiante para recibir tratamiento y del personal del centro para administrar los medicamentos indicados con anterioridad a mi hijo(a).

Firma de los padres/Tutor Legal _____ Fecha _____

Contrato del Comportamiento

Nombre del Alumno(a): _____

Maestro/a: _____

Como padre/madre/tutor legal, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Se pueden comunicar conmigo en cualquier momento del día/noche durante la visita de mi hijo(a). Le responderé a la escuela, maestro de mi hijo(a) o personal de Camp KEEP (código de área 805) lo mas pronto posible.
- Entiendo que se espera que los estudiantes sigan las reglas y las instrucciones para la seguridad de todos, para apoyar el aprendizaje y para mostrar respeto. Si un alumno/a se porta mal continuamente, será enviado(a) a casa.
- No se realizarán reembolsos por los niños que sean enviados a casa debido a malos comportamientos.
- Si mi hijo(a) es enviado a casa debido a una enfermedad, lesión o mal comportamiento, yo recogeré a mi hijo(a) dentro de 3 horas desde la notificación. Si es necesario, organizare que sea recogido(a) por personas del contacto de emergencia que se indican a continuación.

Como alumno(a), estoy de acuerdo con las siguientes reglas:

• **Seguiré las instrucciones de seguridad.**

Por ejemplo: Mantendré mis manos/cuerpo bajo control, me quedaré dentro de los límites del campamento, respetare la privacidad de los demás, utilizare un sistema de pares/compañeros y entrare a mi cabaña solo bajo supervisión. En los senderos, respetaré las reglas de seguridad de la persona especializada en la naturaleza, obedeceré las instrucciones, utilizare la ropa apropiada y pediré permiso antes de tocar elementos naturales.

• **Utilizaré comportamientos de aprendizaje positivos.**

Por ejemplo: Durante las actividades escucharé con atención, participaré en los debates y participaré en las actividades de ciencias. Utilizaré lenguaje y temas de conversación apropiado para la escuela.

• **Respetaré a todos y a todo.**

Por ejemplo: Trataré a todas las personas y cosas con amabilidad y dignidad. No utilizare palabras despectivas ni comentarios de menosprecio. Obedeceré las instrucciones de los adultos. Ayudare a limpiar mi espacio de vivienda y usare los botes de basura. Cuidare con delicadeza las plantas y animales.

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

Datos de Contacto de la Madre/Tutor Legal 1

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____

Datos de Contacto del Padre/Tutor Legal 2

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____

Datos de Contacto de Emergencia 3

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____

Datos de Contacto de Emergencia 4

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____