

## 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:

1. 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 cardiaca, 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 tétano o la vacuna de refuerzo? .....  No  Sí Comentarios: \_\_\_\_\_  
7. ¿Su hijo/a está 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 videogravado 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**

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

**Sí      No**

- Pastillas para la tos (dolor de garganta, pastillas para la tos)
- Pomada de Hidrocortisona (picazón, sarpullido)
- Pomada antibiótica (raspón y cortes leves)
- Crema Caladryl (picazón, sarpullido)
- 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, organizaré 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, utilizaré 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, utilizaré 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 \_\_\_\_\_