

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN KEEP* PARA ADULTOS

**KEEP (Programa de Educación Ambiental del Condado Kern)*

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

Nombre: _____ Teléfono de Casa: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Fechas en KEEP: _____ Celular: _____
Escuela: _____ Domicilio: _____
Maestra(o): _____

INFORMACIÓN DE SALUD ESPECÍFICA:

1. Si responde **sí** a alguna de estas condiciones médicas específicas, 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(a) de su hijo/a para que le proporcione un adulto responsable/acompañante.
- 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 epinefrina) . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- d. Reacción grave a una picadura de abeja (que requiere epinefrina). . . . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- e. Asma grave que requiere el uso diario de un nebulizador ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- f. Restricciones respiratorias (es decir que limitan la actividad) ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- g. Limitaciones de movilidad ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- h. Trastorno Convulsivo/Convulsiones ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- i. Hospitalizaciones o cirugías recientes ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- j. Otras condiciones graves de salud física o mental ☐ No ☐ Sí De ser así, describa _____

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA SALUD:

2. ¿Su hijo(a) toma actualmente algún medicamento? . . . ☐ No ☐ Sí De ser así, complete el Formulario de Medicamento 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. Otros factores que podrían afectar la salud 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 insectos ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
- e. Otras inquietudes de alergias y dieta ☐ No ☐ Sí De ser así, describa: _____
6. Su hijo(a) ha recibido la vacuna contra el tétano o la vacuna de refuerzo? . ☐ No ☐ Sí De ser así, ¿en qué fecha? _____
7. Su hijo(a) tiene cobertura de: ¿Medi-Cal? ☐ No ☐ Sí Número de Tarjeta _____
¿Seguro Médico? ☐ No ☐ Sí Nombre de la Compañía _____
Número de Póliza _____
8. En caso de una emergencia y no se le puede localizar, ¿a quién se debe llamar?
- Contacto 1: Nombre: _____ Parentesco _____ # de Casa: (____) _____ #Celular: (____) _____
- Contacto 2: Nombre: _____ Parentesco _____ # de Casa: (____) _____ #Celular: (____) _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO. Por la presente autorizo a KEEP a prestarme asistencia médica y/o quirúrgica, a través de los servicios de un centro médico adecuado, en caso de cualquier emergencia que pueda surgir mientras me encuentre en KEEP, y autorizo además la divulgación de la información médica que me concierna que el médico responsable de mi tratamiento o el centro médico puedan requerir. Doy mi permiso para que KEEP autorice la administración de la vacuna contra el tétanos o de un refuerzo si un médico del centro médico correspondiente lo considera conveniente. **Para que KEEP acepte esta declaración, es necesario que esté firmada.**

➡ Firma de los padres/tutores

Autorizo que los empleados de KEEP y del Superintendente de Escuelas del condado de Kern me fotografíen o graben en vídeo con fines educativos y promocionales para su publicación en la página web de KEEP, en las redes sociales, en televisión, en folletos u otros materiales impresos.

➡ Firma de los padres/tutor legal

CONTRATO DE CONDUCTA DE LOS CONSEJEROS ADULTOS DE KEEP

El Campamento Keep cuenta con usted. Por favor lea cada una de las declaraciones y ponga sus iniciales junto de ellas, a continuación, firme al final de este contrato. Entregue este contrato junto con su formulario de inscripción.

Como un adulto de KEEP, confirmé que:

_____ Tengo la capacidad física y la voluntad necesaria para acompañar a los alumnos en todos los senderos, de hasta seis (6) millas al día con desniveles superiores a 1000 pies.

Como un adulto de KEEP, acepto que:

_____ Se me asignarán responsabilidades específicas en relación con los alumnos a los que superviso 23 horas al día.

_____ Siempre seré un excelente modelo a seguir, para los alumnos.

_____ Se espera que cumpla todas las normas de KEEP junto con los alumnos y voy a apoyar dichas normas. (Por ejemplo, no se permiten teléfonos celulares, dulces, refrescos o chicles delante de los alumnos)

_____ Si un alumno se porta mal o incumple una norma, me comunicare con la maestra(o) o personal de KEEP.

_____ El personal de KEEP y los maestros están disponibles las 24 horas del día para apoyarme en cualquier situación.

_____ Durante mi estancia en el campamento, informaré inmediatamente a un maestro o al personal de KEEP si alguna de las personas a mi cargo no se encuentra bien, echa de menos su casa o no se adapta bien.

Como un adulto de KEEP, estoy de acuerdo en que:

_____ Los cigarrillos electrónicos (vape) y los productos del tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar) están prohibidos en los recintos, edificios y vehículos escolares, así como durante las excursiones. Se permiten los parches de nicotina y las pastillas de menta.

_____ El alcohol, la marihuana y las drogas ilegales están prohibidos en los recintos, edificios y vehículos escolares, así como durante las excursiones.

_____ Utilizaré un lenguaje adecuado para la escuela y llevaré ropa adecuada para la escuela.

_____ No hablaré con los alumnos sobre creencias sexuales, religiosas o políticas de ningún tipo, ni toleraré comentarios despectivos sobre la religión, el género o el origen étnico de nadie.

_____ No permitiré que se burlen de los alumnos a mi cargo ni que se les acose.

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

_____ No golpearé, tocaré, sujetaré, amenazaré ni le levantaré la voz a ninguna persona por ningún motivo.

_____ Seguiré las normas de Camp KEEP sobre el uso de teléfonos celulares y fotografías.

- Los alumnos nunca deben utilizar el teléfono celular.
- Toda la comunicación entre los alumnos y las familias se realizará a través de los maestros.
- No se permiten los teléfonos celulares ni tomar fotos en las zonas interiores (cabañas, baños, regaderas).
- Limitar el uso del teléfono por parte de los adultos a los momentos de descanso.
- No publicar fotos de los hijos de otras personas en sus redes sociales.

He leído el contrato de consejero mencionado anteriormente y entiendo mis responsabilidades como un adulto del Campamento Keep. Entiendo que si no cumplo con mis responsabilidades en KEEP tal como se indica anteriormente, seré enviado(a) a casa.



Favor de Firmar con su Nombre Completo

Fecha