

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN KEEP* para los Alumnos de Preparatoria

**KEEP (Programa de Educación Ambiental del Condado de 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: _____	Padre/Tutor# 1: _____	Madre/Tutor# 2: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Teléfono de Casa# 1: _____	Teléfono de Casa# 2: _____
Fechas en KEEP: _____	Teléfono del Trabajo# 1: _____	Teléfono del Trabajo# 2: _____
Preparatoria: _____	Celular# 1: _____	Celular# 2: _____
	Domicilio# 1: _____	Domicilio# 2: _____

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. 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. 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

Doy permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado o videograbado 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, en folletos u otros materiales impresos.

➡ Firma de los padres/tutor 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)
☐ ☐ Loratadina (Claritin: alergias, fiebre del heno)

Sí No

- ☐ ☐ Pastillas para la tos (dolor de garganta, pastillas para la tos)
☐ ☐ Pomada de Hidrocortisona (comezón, sarpullido)
☐ ☐ Difenhidramina (Benadryl: alergias, comezón, picaduras de insectos)
☐ ☐ Ceterizina (Zyrtec: alergias, fiebre del heno)

Autorización para Tratamiento Médico – Se necesita la firma para que el alumno(a) reciba tratamiento y para que el personal del centro le administre a mi hijo(a) los medicamentos mencionados anteriormente.

➡ **Firma de los Padres/Tutor Legal** _____ **Fecha** _____

CONTRATO DE CONDUCTA DE LOS CONSEJEROS DE KEEP PARA PREPARATORIA

KEEP cuenta con usted como consejero. 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 consejero 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 consejero de KEEP, acepto que:

_____ Se me asignaran responsabilidades específicas respecto a 7-13 alumnos a los que supervisare 2-3 horas al día.

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

_____ Se espera que cumpla todas las normas de KEEP juntos 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 estudiante 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, informare inmediatamente a un maestro(a) o al personal de KEEP si alguna de las personas bajo mi cargo no se encuentra bien, echa de menos su casa o no se adapta bien.

Como un consejero 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** _____

Entiendo que si mi hijo(a) no cumple las obligaciones del Campamento KEEP tal y como se ha descrito anteriormente, el personal del Campamento de KEEP y los maestros de la clase deberán expulsarlo(a) del programa de inmediato y que se me avisará de este hecho y esperan que yo lo recoja para llevarlo(a) a casa inmediatamente.

➡ _____ **Padre/Madre/Tutor Legal** _____ **Fecha** _____
(Si el consejero/a es menor de 18 años)