



Kern Environmental Education Program

A PROGRAM ADMINISTERED BY THE OFFICE OF JOHN G. MENDIBURU, Ed.D., KERN COUNTY SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Camp KEEP: Cuestionario de Salud previo al Viaje

Para poder asistir a Camp KEEP es necesario completar este formulario de revisión médica. Debe completarse la mañana de la salida del campamento y entregarlo al maestro(a) de su hijo(a). Gracias por su colaboración para mantener un entorno saludable en el Campamento KEEP.

NOMBRE: _____ ESCUELA: _____

En los últimos 7 días:	RESPUESTA	
Ha presentado la persona que asiste a KEEP estos síntomas:	Nota si los síntomas se deben a una condición medica conocida (asma, alergias, etc)	
Temperatura arriba de 100.4	☐ SÍ _____	☐ NO
Síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre, escalofríos o dolores	☐ SÍ _____	☐ NO
Dificultad para respirar o tos prolongada	☐ SÍ _____	☐ NO
sarpullido	☐ SÍ _____	☐ NO
Fatiga inusual	☐ SÍ _____	☐ NO
diarrea	☐ SÍ _____	☐ NO
vomito	☐ SÍ _____	☐ NO
dolor de cabeza inusual	☐ SÍ _____	☐ NO
dolor de garganta, congestión o secreción nasal	☐ SÍ _____	☐ NO
piojos	☐ SÍ _____	☐ NO

Entiendo que llegar al Campamento KEEP en buen estado de salud es fundamental para que la semana sea un éxito para todos. Mi firma indica que he completado este cuestionario de salud lo mejor que he podido.

➡ Nombre y Firma de los Padres: _____ Fecha: _____