

Formulario de Inscripción KEEP* para Alumnos

**KEEP (Programa de Educación Medioambiental 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: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio Principal: _____ Fechas en KEEP: _____
Padre/Tutor Legal# 1: _____ Teléfono: _____ Escuela: _____
Padre/Tutor Legal# 2: _____ Teléfono: _____ Maestra/o: _____

SPECIAL HEALTH INFORMATION:

1. Si responde sí a alguna de estas condiciones médicas específicas, complete el Formulario de "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 acompañante médico.

- a. Medicamentos que requieren 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 de equipo respiratorio (nebulizador). . . . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
f. Restricciones respiratorias 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: _____
k. Incapacidad para seguir de forma independiente las instrucciones de seguridad ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____
l. Incapacidad para atender sus necesidades personales independientemente . . ☐ No ☐ Sí Comentarios: _____

GENERAL HEALTH INFORMATION:

2. ¿Su hijo/a toma actualmente algún medicamento? ☐ No ☐ Sí
Si De ser 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 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 serie de vacunas 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 la tarjeta: _____
¿Seguro Médico? ☐ No ☐ Sí Nombre de la Compañía: _____
Número de Póliza: _____

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) a Camp 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

Nombre del Alumno(a): _____

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

No administraremos ningún medicamento sin autorización y sin previo aviso.

Sí No

- ☐ ☐ Acetaminofén (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 Camp KEEP

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 más 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 que se me notifique. 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 Alumno(a):** _____ **Firma de los Padres:** _____

Necesitamos tres personas de contacto en caso de emergencia que no sean los padres que aparecen en la parte posterior.

Contacto de Emergencia 1 *(aparte de los padres)*

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____

Contacto de Emergencia 2 *(aparte de los padres)*

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____

Contacto de Emergencia 3 *(aparte de los padres)*

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono# 1 _____ Teléfono# 2 _____