

For office use only:

Reviewed by
school health
technician or RN.
Initial: _____

Programa de Educación al Aire Libre
Ficha de Inscripción y Cuestionario de Salud 2022-23

La debe llenar el padre o tutor
- Favor de imprimir en ambos lados en papel color rosa -

Fechas de asistencia: _____
Del: _____
Al: _____
Maestro: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: *M / F*
Apellido Nombre

Escuela: _____ Teléfono de la Escuela: _____

Padre o Tutor:

1. _____
Nombre # Cel # Hogar # Trabajo

2. _____
Nombre # Cel # Hogar # Trabajo

Domicilio: _____ Email: _____

¿A quién se puede llamar en una emergencia si no se le puede localizar a usted?

3. _____
Nombre # Cel # Hogar # Trabajo

Doctor: _____ No. de Teléfono: _____

Información de Salud del Estudiante y Autorización para su Tratamiento

Marque **TODAS** las condiciones que tenga su hijo(a) y **explique abajo**

- | | |
|--|---|
| <p>A. Alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Picaduras de abeja/insectos (circular uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentos *</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Alergia nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Roble venenoso</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Mandará medicamentos</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Problemas de espalda o cuello</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Se orina dormido (actualmente)
Problemas intestinales/de evacuación</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Problemas del corazón</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Sangrados de la nariz</p> | <p>K. <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos o lesiones recientes
Parte lastimada: _____ Fecha del incidente: _____
Restricciones de Actividades: _____</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Cirugía reciente - Parte del cuerpo: _____ Fecha de cirugía: _____
Restricciones de Actividades: _____</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Vegetariano</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Sonambulismo (antecedentes)- último episodio: _____</p> <p>O. <input type="checkbox"/> ADD o ADHD (circular uno) <input type="checkbox"/> Mandará receta/medicamentos <input type="checkbox"/></p> <p>P. <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____ Fecha diagnosticada _____</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Educ. Esp. Sí/No IEP Sí/No para _____</p> <p>R. <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica/emocional: _____</p> <p>S. <input type="checkbox"/> ¿Requiere un auxiliar de instrucción en el aula? Sí/No
¿O con actividades de la vida diaria/ADL? Sí/No</p> <p>T. <input type="checkbox"/> Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____</p> |
|--|---|

¿Ha sido completamente vacunado su hijo(a) contra COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Durante el último mes, ¿ha sido expuesto su hijo(a) a cualquier enfermedad transmisible incluyendo COVID- 19? Si es así, favor de especificar:
--	--

Explique brevemente TODO lo que marcó anteriormente (refiérase a cada artículo por letra). Explique cualquier otra cuestión medica no enlistada anteriormente (usar hojas adicionales si es necesario).	
Letra	

Alergias - (* Explique cualquier dieta que deba seguir por requisito médico. Esto requiere una Forma Para Solicitar Comidas Especiales firmada por un médico.)		
Tipo de alergia(s)	Reacción del niño/a	Tratamiento(s) autorizado(s)

Todos los medicamentos (con y sin receta) deben enviarse en su envase original e ir acompañados por un formulario de autorización firmado por el padre y el médico quien lo recetó

Medicamentos que no Requieren Receta Médica Disponibles en el Plantel Cuando sea Necesario

Ocasionalmente es necesario dar a los estudiantes medicamentos que no requieren receta médica durante su estadía en el plantel. Para esas ocasiones, se tienen disponibles los medicamentos descritos a continuación. **Favor de no enviar estos artículos al plantel.** Marcar cada cuadro (☑) para dar permiso de que el medicamento sea administrado por una enfermera del programa o por un miembro autorizado del personal.

No administraremos ningún medicamento sin su autorización.

SÍ	NO	SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorización para dar tratamiento médico – Debe Firmarse O No Se Podrá Dar Tratamiento Al Estudiante

Por la presente autorizo se dé tratamiento médico o quirúrgico de urgencia en el hospital más cercano si se presentara una emergencia médica y no se me localiza inmediatamente. Además, autorizo al personal del establecimiento para asistir a mi hijo(a) en el uso de los medicamentos indicados arriba y los descritos en el formulario de autorización para medicamentos adjunto.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

IMPORTANTE: ¿Enviaré medicamentos al plantel, ya sea de receta o que no necesitan receta? Sí _____ No _____
 Si indica "Sí", debe llenar la **Forma de Autorización para Medicamentos (Medication Authorization Form)** y enviarla con los medicamentos. Enviar una copia de la forma completada a la enfermera de su escuela regular al menos 3 semanas antes de la fecha del campamento.

Información de seguro médico

- Cobertura de Medi-Cal Póliza #: _____
- Seguro privado Nombre de compañía de seguro: _____ Póliza #: _____

Permiso del Padre/Tutor Para Participar en el Campamento de Sexto Grado de la Escuela Cuyamaca al Aire Libre

Descargo de Responsabilidad Legal, Exención de Responsabilidad e Indemnización

Yo, el padre tutor abajo firmante, doy mi consentimiento para la participación voluntaria de mi hijo(a) en una excursión escolar de larga duración a Escuela Cuyamaca al Aire Libre (COS) de la Oficina de Educación del Condado de San Diego (SDCOE). Reconozco que mi hijo(a) y yo entendemos completamente que la participación puede implicar el riesgo de lesiones graves o muerte, incluidas las pérdidas que pueden resultar no solo de las propias acciones, inacciones, o negligencia de mi hijo(a), sino también de las acciones, inacciones, o negligencia de otros, del estado de las instalaciones, equipos o áreas donde se llevan a cabo las actividades. Entiendo que, si tengo alguna inquietud sobre los riesgos, debo discutir los riesgos asociados con la escuela de mi hijo(a) antes de firmar este documento y antes de que comience la excursión.

Reconozco que soy consciente de que existen riesgos para mi hijo(a), para mí, y para cualquier miembro de nuestro hogar de exposición a, directa o indirectamente, que surja de, contribuya a, o como resultado de un brote de cualquier enfermedad contagiosa, incluido, entre otros, el virus "síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2)", que es responsable de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y/o cualquier mutación o variante de esta.

En consideración de tener la oportunidad de participar en el programa de COS, por la presente acepto voluntariamente renunciar, eximir de responsabilidad, indemnizar y liberar a SDCOE/COS, los miembros de su Consejo, administradores, funcionarios, agentes, empleados, voluntarios, representantes y otras personas que actúen en su nombre de todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños y causas de acción de cualquier naturaleza que surjan de negligencia ordinaria que yo, mis herederos, mis cesionarios o sucesores podamos tener contra ellos por, a cuenta de, o por motivo de la participación de mi hijo(a) en COS. Indico que estoy de acuerdo con esta elección libre de responsabilidad firmando a continuación.

Pruebas de COVID-19 en la Escuela Cuyamaca al Aire Libre

Por la presente autorizo a miembros capacitados del personal de COS de administrar una prueba de COVID-19 por medio de hisopado nasal si mi hijo(a) se enferma y/o muestra cualquier síntoma relacionado con COVID-19.

Autorización Para Transportar al Estudiante

Por la presente autorizo a los empleados de la Oficina de Educación del Condado de San Diego y/o de la escuela o del distrito de mi hijo(a) a transportar a mi hijo(a) en autobuses, vehículos propiedad de SDCOE, o vehículos privados, para excursiones, entre hogar y escuela y COS, y para casos de emergencia.

Recogida Obligatoria del Estudiante

Reconozco que si mi hijo(a) se enferma, presenta síntomas relacionados con COVID-19 que no están relacionados con una condición médica preexistente mencionada anteriormente, prueba positivo(a) para COVID-19 mientras está en COS, o no sigue las reglas de la escuela y/o COS, yo o el contacto de emergencia indicado en este formulario estamos obligados a recoger a mi hijo(a) de COS *dentro de las cuatro horas posteriores a ser notificados*.

Política de Disciplina

Reconozco que si mi hijo(a) no sigue todas las reglas de su escuela y de COS, el personal de COS intentará trabajar con mi hijo(a) para ayudarlo a tomar mejores decisiones. En algunas circunstancias se implementarán medidas disciplinarias. Las posibles consecuencias, basadas en la severidad del comportamiento, pueden incluir ser excluido de actividades divertidas, suspendido de su escuela regular, y/o pedir a los padres o al contacto de emergencia indicado en este formulario que recojan al estudiante para llevarlo a casa.

Aprobación Para Uso de Medios de Comunicación.

Podrían tomarse videos y/o fotografías que podrían usarse con fines de promocionales y/o noticias. Si usted no desea que se incluya a su hijo(a) en estos videos o fotos, es su responsabilidad informar al secretario del campamento por lo menos dos semanas antes del campamento al 760-765-3000.

HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE DOCUMENTO. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO Y REPRESENTO QUE HE LEÍDO ESTE ACUERDO COMPLETO, QUE ENTIENDO QUE ESTOY RENUNCIANDO DERECHOS LEGALES SUSTANCIALES, INCLUYENDO MI DERECHO DE DEMANDAR, Y QUE HE FIRMADO ESTE ACUERDO CON CONOCIMIENTO Y VOLUNTARIAMENTE.

Nombre impreso del Padre/Tutor _____ **Firma del Padre/Tutor** _____ **Fecha** _____

Padre/Tutor

Padre/Tutor