



**ESCUELA AMBIENTAL DE FOOTHILL HORIZONS  
INFORMACION DE SALUD/PERMISO**



Se requiere que ambas páginas del formulario estén completas y firmadas con tinta por el guardián.

**Información estudiantil:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dormitorio:  Varón  Hembra  
Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

**Responda «sí» o «no» a cada pregunta y complete la información requerida**

- Sí No
1. ¿Tiene su hijo/a algún problema de salud que pueda afectar a su cuidado, tal como asma, diabetes, convulsiones, migrañas, alergias? Incluya cualquier condición crónica que pueda presentarse.  
\_\_\_\_\_
2. ¿Tiene su hijo/a algún diagnóstico de comportamiento o aprendizaje? Descríbalo:  
\_\_\_\_\_
3. ¿Se ha **autolesionado** su hijo/a, está bajo **vigilancia de suicidio** o ha sido hospitalizado por problemas de salud mental en el último mes? **Si la respuesta es «Sí», su hijo/a No podrá asistir sin ayuda adicional**; por favor, consulte con su escuela y envíenos un correo electrónico a: [foothillhorizons@stanoe.org](mailto:foothillhorizons@stanoe.org).
4. ¿Toma su hijo/a algún medicamento?  
Si la respuesta es «Sí», **tendrá** que completar la «**Solicitud de administración de medicamentos en la escuela al aire libre**» tanto para medicamentos recetados como para medicamentos de venta libre (por ejemplo, Benadryl, Tylenol, Ibuprofeno, cremas contra la comezón, vitaminas, etc.).
5. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia seria a alimentos, picaduras de insectos, medicamentos u otras sustancias? Si la respuesta es «Sí», ¿a qué es alérgico su hijo/a?
- |                |   |  |   |   |
|----------------|---|--|---|---|
| Alergia: _____ | ¿Es mortal la alergia?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Necesita epinefrina auto inyectable?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Contacto/toque   | <input type="checkbox"/> Ingestión/comida |
| Alergia: _____ | ¿Es mortal la alergia?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Necesita epinefrina auto inyectable?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Aire/inhalación? | <input type="checkbox"/> Aire/inhalación? |
6. ¿Hay alimentos que NO puede comer su hijo/a?  
 sin carne  sin cerdo  vegetariano  vegano  otro: \_\_\_\_\_  
Si existen alergias múltiples y/o potencialmente mortales, envíe un correo electrónico con una descripción a [foothillhorizons@stanoe.org](mailto:foothillhorizons@stanoe.org). *Toda dieta especial deberá presentarse por escrito.* Consulte las normas **sobre dietas especiales**.
7. ¿Tiene su hijo/a limitaciones de actividad física (miembros fracturados, educación física adaptada, etc.)? Si la respuesta es «Sí», colabore con su proveedor de cuidados médicos para completar la lista de actividades limitadas.
8. ¿Tiene seguro médico para su hijo? Por favor, proporciónenos la información necesaria a continuación incluyendo el nombre y el número de la póliza.

Nombre de póliza: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre de pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
*(Si no tiene seguro, escriba «Ninguno»)*

Si su hijo/a toma **medicamentos**, no podrá asistir a la escuela al aire libre a menos que su proveedor de atención médica complete correctamente el formulario de «Solicitud de administración». El supervisor médico de su escuela tendrá que revisar el formulario o formularios de y firmarlos antes de que su hijo/a pueda asistir la escuela. Todos los medicamentos deberán entregarse en la escuela de su hijo/a en el envase original, con la etiqueta de la farmacia, el nombre del niño, el nombre del medicamento y las instrucciones de administración en la etiqueta. Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos, por favor comuníquese con nuestra oficina de salud: (209) 532-6673.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante: \_\_\_\_\_ Ciudad y código: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/guardián/es legal: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo #1: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo #2: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA:** Otras personas, ***no*** incluidas en la lista anterior, que recogerán a su hijo en caso de enfermedad, disciplina o emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACION Y NORMAS**

Tanto mi hijo/a como yo nos comprometemos a respetar **todas las normas** escolares de Foothill Horizons, incluyendo no asaltar otros dormitorios; no entrar en el dormitorio del sexo opuesto; no hacer novatadas o intimidar a otros estudiantes en ninguna forma. Aquellos estudiantes que violen estas normas serán advertidos y podrán ser restringidos de algunas actividades; **aquellos que cometan una ofensa grave serán enviados a casa, sin reembolso.**

Entiendo que yo, o una persona designada como responsable en caso de emergencia, tendrá que recoger a mi hijo **dentro de 3 horas** si mi hijo padece alguna enfermedad contagiosa; a discreción de nuestro personal, o **si no puede participar a causa de una lesión o comportamiento.**

En el evento de una emergencia en la cual no pueda ser localizado inmediatamente, **autorizo cuidado médico y/o quirúrgico** para mi hijo/a mientras asista o esté en camino hacia o desde el programa de la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus. **Se notificará a la familia de cualquier enfermedad o lesión grave** de su hijo/a y se le proporcionará la atención adecuada.

Doy mi consentimiento a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOPE, su acrónimo en inglés) y/o a la Escuela al aire libre Foothill Horizons para **fotografiar, grabar o filmar** la imagen y la voz de mi hijo/a. Entiendo y acepto que esto puede incluir su imagen y/o voz en exhibiciones públicas, presentaciones de diapositivas de video descargables, nuestro sitio web, folletos u otros medios que pueden ser reproducidos para su uso por la SCOPE, Escuela al aire libre Foothill Horizons u otras agencias con la autorización de SCOPE. Además, acepto liberar, defender y eximir de responsabilidad a dichas agencias, a su personal, a SCOPE y/o a Escuela al aire libre Foothill Horizons y a su personal, así como a cualquier agente que pueda ser designado de cualquier daño o causa de acción, que pueda resultar de la utilización de la imagen o voz de mi hijo/a en cualquiera de sus proyectos. Esto incluye, pero no se limita a, cualquier causa de acción relacionada con la violación de la privacidad.

Entiendo y reconozco el riesgo a mi/s hijo/s de lesiones recibidas al participar en cualquier deporte, atletismo o juego no organizado, más allá de la seguridad de que cualquier lesión recibirá atención profesional inmediata. Entiendo y reconozco el riesgo a mí y, si es aplicable, a mi/s hijo/s, de ser expuesto o infectado por COVID-19 en Foothill Horizons, cuya exposición o infección puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia mía o de otros, incluyendo, pero no limitado a, otros participantes, funcionarios, empleados, voluntarios y/o representantes. Acepto todos los riesgos y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier daño o pérdida a mí y/o, si corresponde, a mi/s hijo/s, incluidos, entre otros, lesiones personales o muerte o costos o gastos relacionados de cualquier tipo, que yo, o, si corresponde, mi/s hijo/s, pueda(n) enfrentar o incurrir en relación con la actividad patrocinada por SCOPE.

En contraprestación a que la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus permita que mi/s hijo/s participe/n en Foothill Horizons, yo, en nombre de mi/s hijo/s, libero y eximo a SCOPE, y a cualquier participante, funcionario, empleado, voluntario y/o representante de estos, de toda responsabilidad por cualquier daño o pérdida que resulte de la participación en las actividades patrocinadas por SCOPE, incluyendo, pero sin limitarse a, lesiones, exposición a o infección por COVID-19. Además, me comprometo (es decir, prometo) no demandar a SCOPE, o a cualquier participante, funcionario, empleado, voluntario y/o representante de estos por cualquier daño o pérdida. Además, me comprometo (es decir, prometo) a no demandar a SCOPE, o a cualquier participante, funcionario, empleado, voluntario y/o representante de este, por cualquier daño o pérdida.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre, o guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

**IMPORTANTE: Este formulario TIENE que ser firmado para que su hijo/a pueda asistir.**