

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 2024-25

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

Fechas de asistencia: _____
Maestro: _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Sexo:** _____
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 (marcar 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)</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Problemas intestinales/de evacuación</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/migrañas</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Problemas del corazón</p> <p>J. <input type="checkbox"/> Sangrados de la nariz</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Vegetariano/vegano (marcar uno)</p> | <p>L. <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos o lesiones recientes</p> <p>Parte lastimada: _____ Fecha del incidente: _____</p> <p>Restricciones de Actividades: _____</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Cirugía reciente - Parte del cuerpo: _____ Fecha de cirugía: _____</p> <p>Restricciones de Actividades: _____</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Sonambulismo (antecedentes)- último episodio: _____</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____ Fecha diagnosticada _____</p> <p>P. <input type="checkbox"/> ADD o ADHD (marcar uno) <input type="checkbox"/> Mandará medicamentos</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Educación Especial para _____</p> <p>_____</p> <p>S. <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica/emocional: _____</p> <p>T. <input type="checkbox"/> ¿Su estudiante requiere un auxiliar de instrucción en el aula? Sí/No</p> <p>¿O con actividades de la vida diaria/ADL? Sí/No</p> <p>U. <input type="checkbox"/> Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____</p> <p>V. <input type="checkbox"/> ¿Están al corriente todas las vacunas requeridas por la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|---|--|

Explique brevemente TODAS las condiciones que marcó en la parte superior (referirse a cada una por la letra asignada)

Letra Y explique cualquier otra condición médica no enlistada en la parte superior (usar una hoja adicional si es necesario)

Alergias

(* Explique cualquier dieta que deba seguir por requisito médico. Esto requiere una **Forma Para Solicitar Comidas Especiales** firmada por un médico.)

Especifique el tipo de alergia(s)	Reacción del niño/a	Tratamiento(s) autorizado(s)

Todos los medicamentos de uso diario y para emergencias (con y sin receta, vitaminas, suplementos, etc.) DEBEN estar en su envase original Y TAMBIÉN deben ser acompañados por una Forma de Autorización para Medicamentos firmada por el médico quien lo recetó (MD, DO, NP o PA) y el padre/tutor.

IMPORTANTE: ¿Enviaré medicamentos al plantel, ya sea de receta o que no necesitan receta? Sí No

Los medicamentos que no necesitan receta incluyen los de venta libre, vitaminas, suplementos, etc. 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.

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. Tenemos disponibles los medicamentos descritos a continuación. Favor de no enviar estos artículos al plantel. Marcar "Sí" o "No" (X) a continuación 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.

- Grid of medication options with Yes/No columns: Tylenol, Ibuprofen, Tums/Pepto-Bismol, Gomititas de fibra, Dramamine, Benadryl oral, Claritin/Zyrtec, Alivio de gripa, Medicamento infantil para la tos, Crema con hidrocortisona, Neosporin unguento.

Información de Seguro Médico

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

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:

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...

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, incluyen ser excluido de actividades divertidas, suspendido de su escuela regular, y/o pedir a los padres o 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