CUYAMACA OUTDOOR SCHOOL
6TH GRADE CAMP

Programa de Educación al Aire Libre

Ficha de Inscripción/Información de Salud
2025-26

A ser completeda por el padre/tutor

* imprimir en ambos lados en papel color rosado *

Fechas de asistencia: _____

Maestro _____

Nombre estudiante _____ **Fecha de nac.** _____ **Sexo**: _____
Last First

Escuela _____ **Tel. escuela** _____

Padre/Tutor:

1. _____
Nombre Cell # Hogar # Trabajo #

2. _____
Nombre Cell # Hogar # Trabajo #

Domicilio : _____ **Email**: _____

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

3. _____
Nombre Cell # Hogar # Trabajo #

IMPORTANTE: ¿Enviará medicamentos para su hijo al plantel, ya sea de receta o que no necesitan receta? ☐ **Sí** ☐ **No**

"Medicamentos" incluye los de receta, de venta libre, vitaminas, suplementos, etc.

Si **SÍ,** complete los pasos siguientes:

1. ¿Aparece el medicamento en la lista al reverso? Si sí, NO lo envíe a no ser que se tome diariamente. Si es diariamente, siga los pasos 2 a 4.
2. Llene la **Forma de Autorización para Medicamentos,** que **DEBE SER** firmada por el médico quien lo recetó (MD, DO, NP o PA) y el padre/tutor. El nombre y la dosis del medicamento indicados en la forma **DEBEN** ser iguales a lo que aparece en la etiqueta del envase
3. Entregue la Forma de Autorización para Medicamentos completa y firmada a la escuela de su hijo junto **con esta ficha de inscripción.**
4. Lleve todos los medicamentos con o sin receta, vitaminas, y suplementos en sus **ENVASES ORIGINALES** a la escuela de su hijo.

Acceda a la Forma de Autorización para Medicamentos en www.sdcoe.net/cos > Padres y alumnos > Formas español

Información de salud y autorización para tratamiento

Marcar (☑) ***TODAS*** las condiciones aplicables a su hijo(a) y **explicar abajo:**

Letra

A. Alergias (especificar)
- ☐ Piquete abeja ☐ Piquete insectos
- ☐ **Alimentos* (indicar abajo y enviar la forma)**
- ☐ Alergias de temporada

B. ☐ ADD o ADHD
C. ☐ Asma
D. ☐ Enuresis (actualmente)
E. ☐ Problemas intestinales
F. ☐ Epilepsia o convulsiones
G. ☐ Desmayos
H. ☐ Dolor de cabeza/migrañas
I. ☐ Condición cardiaca
J. ☐ Es posible que extrañe
K. ☐ Sangrado de nariz
L. ☐ Vegetariano ☐ Vegano

L. ☐ Sonanbulismo (antecedentes)- Fecha último incidente: _____

M. ☐ **¿Hueso quebrado, otra lesión o problemas de espalda o cuello recientes?
Parte lastimada: _____ Fecha incidente: _____
Restricciones de actividades:** _____

N. ☐ **Cirugía reciente: Región: _____ Fecha: _____
Restricciones de actividades:** _____
***No se permiten muletas. Contactar Cuyamaca@sdcoe.net para ver opciones.*

O. ☐ Diabetes/afección endocrina? ☐ Diabetes Tipo 1 ☐ Inyección hormona crec.

Si aplica, contactar al Centro de Salud lo antes posible: cosnurse@sdcoe.net

P. ☐ Afección psiquiatrica/emocional: _____

Q. Estudiante tiene un: ☐ IEP ☐ 504

P. El estudiante requiere un auxiliar de instrucción en el aula? ☐ Sí ☐ No

S. El estudiante requiere ayuda con actividades de vida diaria? ☐ Sí ☐ No

T. Fecha última vacuna del tétano: _____

U. ¿Está al corriente con todas las vacunas requeridas por la escuela? ☐ Sí ☐ No

***IMPORTANTE:** Para alergias **a alimentos y/o restricciones/condiciones dietéticas** (excepto alergias a nueces, vegetariana, vegana, o intolerancia a la lactosa), se **REQUIERE** la **Forma de Comidas Especiales** completada y firmada por un médico (MD, DO, NP o PA).
Se entrega esa forma a la escuela de su hijo junto con esta ficha de inscripción. www.sdcoe.net/cos > Padres y alumnos > Formas español

Explique brevemente *TODAS* las condiciones que marcó anteriormente (referirse a cada una por la letra asignada)

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

Debe completar el reverso de la página para que su hijo(a) quede inscrito(a).

Para todos los medicamentos de receta y venta libre, vitaminas, suplementos , etc. NO enlistados a continuación, se debe completar la **Forma de Autorización para Medicamentos** y debe ser firmada por un médico y el padre/tutor.

Favor de ver los pasos 2-4 en el reverso de esta forma.

Medicamentos que no requieren receta médica disponibles en el plantel si son necesarios

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" (☑) 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.

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Paracetamol (dolor cabeza/muscular/cólicos/fiebre/dolor)	☐	☐	Benadryl oral/tópico (alergias, comezón, piquetes)
☐	☐	Ibuprofeno (dolor cabeza/muscular/cólicos/fiebre/dolor)	☐	☐	Cetirizina (alergias, rinitis)
☐	☐	Tums (malestar estomacal, diarrea)	☐	☐	Loratadina (alergias, rinitis)
☐	☐	Gomitas de fibra (estreñimiento)	☐	☐	Descongestionante nasal
☐	☐	Lactaid (intolerancia a la lactosa)	☐	☐	Crema hidrocortisona (comezón, sarpullido)
☐	☐	Dramamine (mareos)	☐	☐	Ungüento antibiótico (cortadas, quemaduras)

REQUERIDO Padre/Tutor

***Autorización para tratamiento médico*– Debe firmar para 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 plantel que asistan a mi hijo(a) en el uso de los medicamentos indicados arriba y los descritos en el formulario de autorización para medicamentos adjunto (si aplica)

Firma padre/tutor: _____ **Fecha:**_____

Información seguro médico (marcar N/A si ninguno)

Plan Medi-Cal Póliza # _____

Seguro privado Nombre cía. seguro: _____Póliza #: _____

Permiso del Padre/Tutor Para Participar en el Campamento de Sexto Grado Cuyamaca Outdoor School

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 esto 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

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 Cuyamaca Outdoor School, y para casos de emergencia.

Recogida Obligatoria del Estudiante

Reconozco que bajo circunstancias que no sean de emergencia, si mi hijo(a) se enferma, presenta síntomas anormales relacionados con una condición médica preexistente, es lesionado(a), 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 hablar con mi hijo(a) para orientarlo hacia mejores decisiones. En algunas circunstancias se usarán 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/contacto de emergencia que recojan al estudiante para llevarlo a casa.

Autorización Para Uso de Medios de Comunicación

Podrían tomarse videos y/o fotografías que podrían usarse con fines de promocionales y/o noticias. Reconozco que si no deseo que se incluya a mi hijo(a) en estos videos o fotos, es mi 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.

REQUERIDO Padre/Tutor

_____ _____ _____

Nombre impreso del padre/tutor **Firma del padre/tutor** **Fecha**