CUYAMACA OUTDOOR SCHOOL
6TH GRADE CAMP

san diego county office of EDUCATION
FUTURE WITHOUT BOUNDARIES℠

Fechas asistencia: _____
Maestro: _____

Programa de Educación al Aire Libre

Ficha de Inscripción y Cuestionario de Salud 2026-27

A ser completada por el padre o tutor

* Favor de imprimir en ambos lados en papel color rosa*

Nombre estudiante: _____ **Fecha nacimiento**: _____ **Sexo**: _____
Apellido Nombre

Escuela: _____ **Teléfono 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

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 la respuesta es **SÍ,** complete los pasos siguientes:

1. ¿Aparece el medicamento en la lista al reverso de esta forma? Si sí, NO lo envíe a no ser que se tome diariamente. Si se toma 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. DolLleve todos los medicamentos con o sin receta, vitaminas, y suplementos en sus **ENVASES ORIGINALES** a la escuela de su hijo.

Acceda a la forma en www.sdcoe.net/cos > Padres y estudiantes xxxxxxxxxxxx

Información de Salud del Estudiante y Autorización para su Tratamiento

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

A. Alergias
L. ☐ Fracturas de huesos o lesiones recientes
☐ Picaduras abeja ☐Picaduras insectos
☐ **Alimentos * (indicar abajo y enviar forma)**
☐ Alergias de temporada

B. ☐ ADD o ADHD

C. ☐ Asma ☐ Mandará medicamentos ☐ Problemas de espalda o cuello

O. ☐ Diabetes - Tipo: _____ Fecha diagnosticada _____

D. ☐ Se orina dormido (actualmente)
E. ☐ Problemas intestinales/de evacuación
F. ☐ Epilepsia o convulsiones
G. ☐ Desmayos
H. ☐ Dolor de cabeza/migrañas
I. ☐ Problemas del corazón
J. ☐ Es posible que extrañe
K. Sangrados de la nariz
L. ☐ Vegetariano ☐vegano

N. ☐ Sonambulismo (antecedentes)- último episodio: _____
Parte lastimada: _____ Fecha del incidente: _____
Restricciones de Actividades: _____

M. ☐ Cirugía reciente - Parte del cuerpo: _____ Fecha de cirugía: _____
Restricciones de Actividades: _____

P. ☐ ADD o ADHD (marcar uno) ☐ Mandará medicamentos
Q. ☐ Educación Especial para _____

S. ☐ Enfermedad psiquiátrica/emocional: _____
T. ☐ ¿Su estudiante requiere un auxiliar de instrucción en el aula? ***Sí/No***
¿O con actividades de la vida diaria/ADL? ***Sí/No***

U. ☐ Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____
V. ☐ ¿Están al corriente todas las vacunas requeridas por la escuela? ☐**Sí** ☐**No**

*IMPORTANTE: Para alergias y/o restricciones/condiciones dietéticas (excepto alergias medicamentos que neces

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)

➲ Favor de completar estas secciones para que su formulario sea procesado. ➲

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

Los itan 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" (☑) a continuación para dar permiso de que el medicamento sea administrado por una enfermera del programa o por un miembro autorizado delpersonal.

No administraremos ningún medicamento sin su autorización.

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Paracetamol (dolor cabeza/muscular/cólicos/fiebre/dolor)	☐	☐	Benadryl oral/ tópico (comezón/piquetes, alergias)
☐	☐	Ibuprofen (dolor de cabeza/muscular/cólicos/fiebre/dolor)	☐	☐	Claritin/ Zyrtec (alergias/fiebre del heno)
☐	☐	Tums/ Pepto-Bismol (malestar estomacal / diarrea)	☐	☐	Alivio de gripa/congestión infantil (congestión)
☐	☐	Gomitas de fibra (estreñimiento)	☐	☐	Medicamento infantil para la tos (tos)
☐	☐	Dramamine (mareos)	☐	☐	Crema con hidrocortisona (comezón / sarpullido)
			☐	☐	Neosporin ungüento antibiótico (cortadas/quemaduras)

Información de Seguro Médico

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

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).

➲ Padre/Tutor

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, 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.

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 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. 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.**

➲ Padre/Tutor

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