

**Programa de Educación al Aire Libre**  
**Ficha de Inscripción y Cuestionario de Salud**  
**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 # Cell # Hogar # Trabajo

2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre # Cell # Hogar # Trabajo

Domicilio: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

¿A quién se puede llamar en una situación de urgencia si no se le puede localizar a usted?

3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre # Cell # Hogar # Trabajo

Doctor: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Salud del Estudiante y Autorización para su Tratamiento**

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

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

**Explique brevemente TODO lo que marcó anteriormente (refiérase a cada artículo por letra).**

Letra Explique cualquier otra cuestión medica no enlistada anteriormente (usar hojas adicionales 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.)

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. Esto no incluye medicamentos sin receta proporcionados por el plantel y autorizados por el padre/tutor (ver lado 2 de esta forma).**

**Medicamentos Disponibles en el Plantel que no Requieren Receta Médica**

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 de Educación al Aire Libre o por un miembro autorizado del cuerpo administrativo. **No administraremos ningún medicamento sin su autorización.**

SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol (dolor de cabeza/muscular/cólicos/fiebre/dolor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benadryl oral/ tópico (comezón/piquetes, alergias)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofen (dolor de cabeza/muscular/cólicos/fiebre/dolor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claritin//Zyrtec (alergias/ fiebre del heno)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para la tos (dolor de garganta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudafed PE (congestión)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tums/ Peptobismol (malestar estomacal / diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robitussin (tos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiber Choice (estreñimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema con hidrocortisona (comezón / sarpullido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dramamine (mareos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neosporin ungüento antibiótico (cortadas/quemaduras)

**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 niño en el uso de los medicamentos indicados arriba y los descritos en el formulario de autorización para medicamentos adjunto.

**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 para transportar a mi hijo en autobuses, vehículos propiedad de SDCOE, o vehículos privados, para excursiones, entre hogar y escuela y Escuela al Aire Libre, y para casos de emergencia.

**Podrían tomarse videos o fotografías que podrían usarse con fines de promover la Escuela al Aire Libre o para noticias.**

Si usted no desea que se incluya a su niño en ellos, es su responsabilidad informar al secretario del campamento por lo menos dos semanas antes del campamento a 760-765-3000.

**He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores a menos que yo las haya tachado individualmente y puesto mis iniciales junto.**

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Si indica "Sí", debe llenar el Forma de Autorización para Medicamentos (**Medication Authorization Form**) y enviarlo con los medicamentos. Enviar una copia del formulario a la enfermera de su escuela regular 3 semanas antes de la fecha del campamento.

¿Ha estado su hijo expuesto a cualquier enfermedad transmisible durante el último mes? De ser así, favor de especificar la enfermedad

Fecha de última vacuna de tétano: \_\_\_\_\_

**Información de seguro médico**

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

**Declaración sobre la política de disciplina**

Favor de repasar con su niño las siguientes reglas de la Escuela al Aire Libre (y las consecuencias de no respetarlas). Estas reglas tan sencillas ayudarán a asegurar que todos los niños tengan una experiencia de aprendizaje segura y exitosa.

1. Respeta los derechos de todas las personas.
2. Respeta a los adultos y obedece sus instrucciones.
3. Mantén tus manos, brazos y piernas alejados de las demás personas. Se prohíbe pelear, jugar a peleas o con brusquedad.

Si no obedezco estas reglas, me doy cuenta de que debo aceptar las consecuencias de mi conducta. Posibles consecuencias

1. Ser excluido de actividades divertidas.
2. Llamada al director de mi escuela regular y/o a mis padres.
3. Suspensión de la escuela regular.
4. Pedirle a los padres que recojan al estudiante para llevarlo a casa.

Ejemplos de conductas por las que se puede enviar a casa a su hijo

1. Golpear, pelear con o amenazar a otro estudiante.
2. Violación repetida de cualquiera de las reglas anteriores.
3. Estar en la cabaña de compañeros/as del sexo opuesto.
4. Vandalismo o robo.
5. Insultos raciales o palabras o comportamientos sexualmente explícitos

**He leído y estoy de acuerdo en seguir las reglas mencionadas anteriormente**

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

He repasado las reglas anteriores con mi hijo y estoy de acuerdo en recogerlo de la escuela al aire libre si me llaman para hacerlo. **También entiendo que no se reembolsará la cuota pagada si se envía al estudiante a casa por cuestiones de disciplina.**

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Padre/Tutor

Estudiante

