

**San Diego County Office of Education
Programa de Educación al Aire Libre
Ficha de inscripción y cuestionario de salud
(La debe llenar el padre o tutor)**

Fechas de asistencia:
Del: _____
al: _____
Maestro: _____

PLEASE PRINT DOUBLE SIDED ON PINK PAPER

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ___ F ___
(Apellido) (Nombre)

¿El alumno participa en el Programa de Lunch Gratis o Reducido? Si No En caso de participar, por favor indique Gratis Reducido

Origen étnico: ___ Nativo Amer. ___ Nativo de Alaska ___ Asia, Filipino, Islas del Pacífico ___ Afro Americano (no de origen Hispano) ___ Hispano, Latino
___ Caucasian ___ Otro.

Escuela: _____ Teléfono de la escuela: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Núm. de teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad _____ Núm. de teléfono: _____

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

Nombre: _____ Domicilio: _____ Núm. de teléfono: _____

Doctor: _____ Domicilio: _____ Núm. de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE Y AUTORIZACIÓN PARA SU TRATAMIENTO

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

<p>A. Alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Picaduras de abeja / picaduras de insectos (encierre en un círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Comida</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre del heno</p> <p><input type="checkbox"/> Roble venenoso</p>	<p>K. <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos o lastimaduras recientes</p> <p>Parte lastimada: _____ Fecha cuando pasó: _____</p> <p>Actividades restringidas: _____</p>
<p>B. <input type="checkbox"/> Asma</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Problemas de espalda o cuello</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Se orina dormido (en la actualidad)</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Problemas intestinales</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</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón</p> <p>J. <input type="checkbox"/> Sangrados de la nariz</p>	<p>L. <input type="checkbox"/> Cirugía reciente: Parte del cuerpo: _____ Fecha de lastimadura: _____</p> <p>Fecha de cirugía: _____ Restricciones de actividades: _____</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Vegetariano</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Somnambulismo (antecedentes de)</p> <p>O. <input type="checkbox"/> ADD o ADHD (encierre en un círculo) <input type="checkbox"/> Mandará medicamentos</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Edu. Esp. _____ IEP _____ Enfermedad psiquiátrica o emocional _____</p> <p>R. <input type="checkbox"/> ¿Requiere un auxiliar de instrucción en el aula? _____</p> <p>¿O con actividades de la vida diaria? _____</p>

Explique brevemente **TODO** lo que marcó anteriormente (refiérase a cada artículo por letra). **También explique cualquier dieta que deba seguir por requisito médico.**

Alergias: Indique el tipo de alergia(s), la reacción del niño, y los tratamientos médicos autorizados:

Asma/ADD/Insulina/Epi-kits: Cualquier medicamento de receta o inhalador debe enviarse a la enfermera del plantel para su uso bajo supervisión de la enfermera. Todos los medicamentos deben enviarse en su envase original e ir acompañados por un formulario de autorización firmado por el padre y el médico quien lo recetó.

Medicamentos disponibles en el plantel que no necesitan receta

Ocasionalmente es necesario dar a los estudiantes medicamentos que no son de receta durante su estadía en el plantel. Para esas ocasiones, se tienen disponibles en el plantel los medicamentos descritos en seguida. **Favor de no enviar ninguno de estos artículos al plantel.** Favor de marcar cada cuadro para dar su permiso para que se administre el medicamento, por una enfermera del programa de Educación al Aire Libre o por un miembro responsable del cuerpo administrativo. **No administraremos ningún medicamento sin su autorización.**

SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benadryl (comezón, piquete de insecto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peptobismol/Kaopectate (diarrea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caladryl Lotion (roble venenoso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudafed (problemas nasales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mylanta/Tums (malestar estomacal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysporin en crema (cortadas o quemaduras leves)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para chupar (tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robitussin (tos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema con hidrocortisona (comezón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol (dolor de cabeza o muscular, calambres)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofen

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 adjunto.

Autorización para transportar al estudiante

Por la presente autorizo a los empleados de la Oficina de Educación del Condado de San Diego y 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, de la casa a la escuela y a la 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 ponerse en nuestro sitio Web. 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. Campamento Cuyamaca: 760 765-3000 Campamento Fox: 619 296-8935

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

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: ¿Enviaré medicamentos de receta o que no necesitan receta? Sí ____ No ____

Si contestó "Sí", entonces debe llenar el Formulario de Autorización para Medicamentos (**Medication Authorization Form**) para enviarlo con los medicamentos.

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

Fecha de la última vacuna de tétano: _____.

Información de seguro médico

Cobertura de Medi-Cal Póliza #: _____

Seguro privado Nombre de la compañía aseguradora: _____ 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 a mis padres.
3. Suspendérselo de su escuela regular.
4. Que los padres recojan al estudiante para llevarlo a casa.

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

1. Golpear, pelear o amenazar a otro estudiante.
2. Violación repetida de cualquiera de las reglas anteriores.
3. Estar en la cabaña de compañeros del sexo opuesto.
4. Vandalismo o robo.

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 en la escuela al aire libre si me llaman para hacerlo. También entiendo que no se reembolsará la cuota pagada si se envía al niño a casa por cuestiones de disciplina.

Firma del Padre o Tutor _____

Repasado por el técnico escolar de salud o enfermera registrada, Nombre: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES LIBERACION y RENUNCIA de RESPONSABILIDAD y ASUNCION de ACUERDO de RIESGO

PARA SU VALIOSA CONSIDERACION, incluyendo permiso para _____ (el "menor") participar en el **Superintendente de Escuelas del Condado de San Diego/Programa al Aire Libre del Departamento de Educación del Condado de San Diego** y actividades relacionadas, yo, el padre o tutor del menor para yo mismo y en nombre del menor;

1. Doy consentimiento a la participación del menor en los eventos y actividades; y estoy de acuerdo a que antes de participar en los eventos o actividades el menor y yo inspeccionare las instalaciones, equipos, y áreas donde el evento o la actividad se esté llevando a cabo, y si cualquiera de los dos crea que algunas de estas son inseguras, inmediatamente advertiré a las personas supervisando el evento, actividad, instalación, o área;
2. Reconozco que el menor y yo entendemos completamente que la participación del menor podría tener riesgos de lesiones serios o muerte, incluyendo pérdidas económicas que podrían resultar no solo de las acciones del menor, inacciones, o negligencia, pero a la vez de acciones, inacciones, o negligencia de otros, las condiciones de las instalaciones, equipo, o áreas donde el evento o la actividad se esté llevando a cabo, las reglas de juego, o el tipo de evento o actividad;
3. Libero, descargo, y renuncio al Superintendente de Escuelas del Condado de San Diego, el estado de California y sus oficiales, empleados, y agentes de cualquier responsabilidad, perdida, daño, reclamo, demandar o causa de acción contra de ellos derivados de o atribuible a la participación del menor en el evento o actividad, si estas mismas se derivan por su negligencia o de otra manera;
4. Asumo cualquiera y todos los riesgos de lesiones personales hacia al menor y autorizo al Superintendente de Escuelas del Condado de San Diego, el estado de California y el _____ a contactar o emplear un medico con licencia a dar cualquier tratamiento médico que se considere necesario para el menor o llevar y admitir al menor a cualquier hospital. Si dicho tratamiento médico u hospitalización se requiere, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos médicos y del hospital correspondientes, discapacidad permanente o parcial, o muerte, y daños a mi propiedad o del menor, causados por o derivados de la participación del menor en este evento o actividad;
5. Pacto a no demandar o presentar algun reclamo por lesión personal, daño de propiedad, o homicidio culposo para o en nombre del menor contra el Superintendente de Escuelas del Condado de San Diego, el estado de California, y/o sus oficiales, empleados, y agentes atribuibles a la participación del menor en el evento o actividad;
6. Accedo que fotografías, fotos, diapositivas, películas, o videos del menor puedan ser tomados en conexión a la participación del menor en este evento o actividad sin ninguna compensación por parte del Superintendente de Escuelas del Condado de San Diego y el estado de California y concedo al uso de estas fotografías, fotos, diapositivas, películas, o videos para cualquiera propósito legal;

7. Garantizo que el menor esta en buen estado físico y no tiene ninguna condición física que le prevenga de participar en este evento o actividad;
8. Reconozco que el Superintendente de Escuelas del Condado de San Diego, el estado de California y el Roosevelt IB Middle School PTSA no son patrocinadores en conjunto, empresas conjuntas, socios, o de otra manera relacionados en conjunto en el evento o actividad mencionado arriba.

Importante:

ESTE DOCUMENTO DESLINDA AL Roosevelt IB Middle School PTSA, EL SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS DEL CONDADO DE SAN DIEGO, EL ESTADO DE CALIFORNIA Y A OTROS LA RESPONSABILIDAD POR LESIÓN PERSONAL, HOMICIDIO CULPOSO, Y DAÑO A PROPIEDAD CAUSADA POR NEGLIGENCIA.

AMBOS PADRES/TUTORES DEBEN FIRMAR AL MENOS QUE SOLO UN PADRE O TUTOR ESTE CON VIDA O YA SEA QUE SOLO UNO TENGA CUSTODIA LEGAL. TUTORES ASIGNADOS LEGALMENTE DEBEN FIRMAR Y PRESENTAR UNA COPIA CERTIFICADA DE TUTELA LEGAL.

HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO FIRMADO POR MI PADRE O TUTOR Y ME HE UNIDO A LA RENUNCIA DE RIESGO DE RENUNCIA Y LIBERACIÓN. ESTOY CONSCIENTE DE LOS RIEGOS INVOLUCRADOS EN MI PARTICIPACIÓN DEL EVENTO U ACTIVIDAD.

NOMBRE
(PADRE/TUTOR)

FIRMAS

FECHA

HE LEIDO ESTE DOCUMENTO FIRMADO POR MI PADRE O TUTOR Y ME HE UNIDO A LA RENUNCIA DE RIESGO DE RENUNCIA Y LIBERACION. ESTOY CONSCIENTE DE LOS RIESGOS INVOLUCRADOS EN MI PARTICIPACION DEL EVENTO U ACTIVIDAD.

NOMBRE

FIRMA

FECHA

**PARENT'S APPROVAL, STUDENT, FAMILY,
AND PARTICIPANT WAIVER**

Name all Family Members: _____

will participate in all **Roosevelt PTSA** sponsored events for the school year 2016 to 2017, which will include, but is not limited to the following (Please list the events):

1) Camp Cuyamaca Outdoor School 6th Grade Camp 2) _____

3) _____ 4) _____

(Please cross out any of the events listed above for which you do not want your child to participate)

The undersigned parent or guardian assumes all risks in connection with the family's participation in any and all of the Roosevelt PTSA sponsored activities.

I, the undersigned participant, intending to be legally bound, do hereby for myself and heirs, executors, administrators and assigns, forever waive release and discharge the California State PTA, all PTA/PTSA officers, employees and agents from all liability, claims or demands for any damage, loss or injury to the student, the student's property, or parent's property or to myself in connection with participation in these activities, unless caused by the negligence of the PTSA.

I do hereby certify that to the best of my (our) knowledge and belief said parties are in good health and of sound mind. In case of illness or accident, permission is granted for emergency treatment to be administered. It is further understood and agreed that the undersigned will assume full responsibility for any such action, including payment of costs.

I attest and verify that I am physically fit and able to participate in this event and acknowledge that I am aware of the inherent risks in participating in any athletic event.

I (we) hereby advise that the above named minor has had the following allergies, medicine reactions or unusual physical condition which should be made known to a treating physician or which could limit participation:

If none please write none.

Parent/Guardian/Participant Signature

Date

Print Name

(_____)_____
Telephone

Address

City

State

Zip code