

Oficina de Educación del Condado de Sutter-Programa Al Aire Libre Shady Creek
Formulario de Salud e Inscripción Estudiantil

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Nombre del Estudiante _____		Fecha de Nacimiento _____	
(apellido) (primero) (apodo)			
Grado _____	Género _____	Nombre del Maestro/a _____	
Escuela _____			
Dirección de Casa (Calle) _____		Ciudad/Código Postal _____	
Dirección de Correo (si es diferente) _____		Número Telefónico _____ (de casa)	
Nombre del Padre _____	Lugar de Empleo _____	Número _____	
Nombre de la Madre _____	Lugar de Empleo _____	Número _____	
Nombre de Contacto de Emergencia _____	Parentesco _____	Número _____	
Nombre del Médico _____	Dirección de Oficina _____	Número _____	

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Marque **TODAS** las condiciones que aplican al niño y explique a continuación

IMPORTANTE:

¿Su niño va a traer medicamento recetado al sitio? _____

Sí ___ No ___

Si contesto "Sí", entonces complete el Formulario de Autorización Médica para enviar con el medicamento.

¿Su niño ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa dentro del último mes? Sí ___ No ___ Si contesto "Sí", por favor especifique la enfermedad _____

Fecha de la última Vacuna de Tétano si sabe: _____ ¿Su niño es vegetariano?

Sí ___ No ___

Sí y No (Por favor marque sí o no para cada artículo)

A. ALERGIAS		I. Condición de Corazón		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Picadura de Abejas/insectos	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	J. Sangrado de Nariz		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Comida _____	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	K. Hueso Roto Recientemente u otras lesiones		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Parte corporal lesionada _____	Fecha de la lesión _____		
Otro _____	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	(Al otro lado describa TODA ACTIVIDAD prohibida)			
B. Asma	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	L. Cirugías Recientes		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
¿Va a traer medicamento?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Parte Corporal _____	Fecha de la Cirugía _____		
C. Problemas de espalda o cuello	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	(Al otro lado describa TODA ACTIVIDAD prohibida)			
D. Orina la cama (actualmente)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	M. Sinusitis		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
E. Problemas de Evacuación	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	N. Camina Dormido (tiene historial)		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
F. Epilepsia o desorden de ataques	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	O. ADD o ADHD (desordenes de atención)		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
G. Desmayos	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ ¿Va a traer medicamento?			
H Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	P. Diabético		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no

Brevemente explique TODAS las condiciones que marco arriba (refiérase a cada condición por letra) y explique cualquier otra condición medica que no esta anotada arriba (utilice hojas adicionales si es necesario). _____

Alergias: Especifique el tipo(s), reacción del niño, y tratamiento(s) autorizado: _____

Asma/ADD/Insulina/Epi-kits: Cualquier medicamento recetado o inhalador tiene que enviarse a la Escuela al Aire Libre Shady Creek para el uso del estudiante bajo supervisión. Todo medicamento se tiene que enviar en su contenedor recetado original y ser acompañado por un formulario de autorización firmado por los padres y el medico que lo receto.

Medicamento no recetado en la Escuela Shady Creek:

Ocasionalmente, es necesario proveerles a los estudiantes medicamento no recetado cuando están en el sitio. El medicamento anotado a continuación se mantiene en reserva en el sitio para este propósito. Por favor no envíe estos artículos al sitio. Por favor marque a continuación para indicar si otorga su permiso para que el medicamento anotado sea administrado a su hijo/a por la Enfermera Escolar, Técnico de Salud o un empleado responsable autorizado. No vamos a administrar ningún medicamento sin tener su autorización.

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Advil (dysmenorhea) (para calentura o dolor) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Tylenol (dolores de cabeza/músculo) |
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Benadryl (comezón local/piquete de insecto) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Kaopectate (diarrea) |
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Loción Caladryl (roble venenoso) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Actified/Sudafed (congestión nasal) |
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Mylanta (dolor de estomago) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Pomada Neosporin |
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Pastilla para la tos (tos) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Robitussin (tos) |
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Crema Cortisone .5% (comezón/ronchas) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Dramamine (mareos) |
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Rid/Nix (tratamiento para piojos) | | | |

Autorización Para Tratamiento Médico-SE REQUIERE UNA FIRMA O NO PODEMOS TRATAR AL ESTUDIANTE:

Yo por lo presente autorizo cuidado de emergencia médica o quirúrgica en el hospital más cercano, si surge una emergencia médica y no estoy inmediatamente disponible. Yo además autorizo al personal del sitio a ayudar a mi niño en el uso de los medicamentos mencionados arriba y aquellos anotados en el Formulario de Autorización Médica.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Declaración de la Norma de Disciplina

Por favor esté informado que todas las reglas de la escuela de su niño aplican mientras está en la escuela al aire libre.

Las infracciones disciplinarias serán las siguientes: **Primera Advertencia: G**

Segunda Advertencia: O GO: Se le va a llamar a los padres del estudiante.

He repasado las siguientes reglas con mi niño y estoy de acuerdo en recogerlo en la Escuela Al Aire Libre Shady Creek si se me llama.

Firma del Padre:_____ Firma del Estudiante:_____

Permiso para Fotografiar: Otorgo mi permiso de usar la foto de mi niño/a en el CD "Mi Semana en Shady Creek". Este CD es para recaudar fondos y va a estar disponible a la venta solamente en escuelas participantes. Las fotos no se van a utilizar para ningún otro propósito.

Firma del Padre

Fecha

1. Renuncia y Autorización de Demandas. Padres, por el bien propio y de parte de los estudiantes, por lo presente libero de cualquier responsabilidad al Superintendente, sus oficiales, oficiales, agentes y/o empleados, voluntarios, otros participantes ("Exenciones" colectivamente), para cualquier y todo daño, accidente, discapacidad, muerte, o pérdida o daños a la persona o propiedad, ya sea que surja de o de alguna manera relacionado a participación voluntaria en el Programa. Esta renuncia y exención aplica al Programa, viajes a y del Programa. Los padres por su voluntad concuerdan, por nosotros mismos y para nuestros herederos y sus representantes, si alguna demanda, causa de acción, o procedimiento por un accidente, enfermedad, lesión, muerte o cualquier otra demanda será procesada, incluyendo pero no limitada a la demanda por negligencia con el Superintendente, o sus empleados, oficiales, miembros del Consejo, o agentes, surgiendo de la participación del estudiante en el Programa, durante o relacionado a dicha participación, incluyendo, pero no limitado a la demanda formal presentada por el Estudiante o tutor ad litem de parte del estudiante, nosotros y nuestros herederos y sus representantes van a defender, indemnizar y liberar de cualquier responsabilidad, al Distrito, y todos sus empleados, oficiales, miembros del Consejo Directivo y agentes de y tal demandas y causas de acción incluyendo los costos de abogado, y además concuerdan de estar atados a los términos de esta Renuncia y la Exención expuesta arriba.

HE LEÍDO LA EXCENCIÓN PRECEDENTE DEL ACUERDO DE RESPONSABILIDAD TITULADA RENUNCIA ESTUDIANTIL Y EXCENCIÓN, COMPLETAMENTE COMPRENDO SUS TÉRMINOS Y LO FIRMO LIBREMENTE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INCENTIVO.

FECHA:_____

Padre

Instrucciones para Completar el Formulario de Autorización de Medicamento

Toda medicina recetada y sin receta se mantiene bajo llave en el centro de salud y va a ser administrada sólo por la autorización de los padres y el médico del niño. Solo pueden mantener los inhaladores de asma en la cabaña del niño. No se va a administrar medicamento a lo menos que se reciba en su contenedor original y con su formulario de autorización firmado.

Pasos para completar el Formulario de Autorización de Medicamento:

1. Determine si su niño va a necesitar traer medicamento recetado o sin receta a Shady Creek.
 - a. No envíe ninguno de los medicamentos sin receta porque ya están disponibles a su estudiante siempre y cuando tengamos el formulario de permiso firmado por usted:

Advil (dysmenorhea) (para la calentura o dolor)	Tylenol (dolor de cabeza/muslo)
Benadryl (comezón localizada/piquete de mosco)	Kaopetate (diarrea)
Loción Caladryl (roble venenoso)	Actifed/Sudafed (nasal)
Mylanta (dolor de estomago)	Pomada Neosporin (cortadas/quemaduras)
Pastillas para la Tos (tos)	Robitussin (tos)
Crema Cortisone .5% (comezón/ronchas)	Dramamine (mareos)
Rid/Nix (tratamiento para piojos).	

2. Entregue el Formulario de Autorización de Medicamento al médico de su niño para que lo complete. Todo medicamento, recetado y no recetado, no anotado arriba requiere una firma del médico y un formulario (legible) completado por el medico. No podemos administrar ningún medicamento (con receta o sin receta) que usted envía con su niño sin un formulario firmado.

3. Verifique que todos los medicamentos tengan una etiqueta apropiada y que se ha dado autorización para la administración. Verifique que:
 - a. Todos los medicamentos estén en sus contenedores originales.
 - b. Que todos los medicamentos tengan las etiquetas apropiadas, (utilice adhesiva protectora si es necesario), incluyendo:
 - 1) nombre del estudiante (la receta tiene que ser para el estudiante solamente, no se va a aceptar otro nombre.
 - 2) nombre del medicamento
 - 3) instrucciones de la dosis exacta, cantidad y frecuencia (receta solamente)
 - 4) nombre del médico (si es por receta)
 - 5) los iniciales de la escuela: por ejemplo "Tierra Buena" seria T.B.
 - 6) Las etiquetas en español tienen que ser traducidas al inglés en el Formulario de Autorización
 - c. Que no esté expirado el medicamento recetado.
 - d. Todos los medicamentos están anotados en este Formulario de Autorización de Medicamento firmado con instrucciones apropiadas de como administrarlo.

4. Doble este formulario y colóquelo en una bolsita de plástico (ziploc) con cierre con todos los medicamentos (recetados y no recetados en su contenedor original) y envíe la bolsa a la escuela de su niño para ser transportada a Shady Creek.
 - a. Póngale una etiqueta en la bolsita con el nombre de su niño y el nombre de la escuela (utilice adhesiva protectora).
 - b. NO envíe ningún medicamento al sitio en la maleta de su niño.
 - c. No se deben enviar vitaminas al sitio a lo menos que las ordene el médico.

Si tiene preguntas sobre el medicamento de su niño o estas instrucciones, por favor contacte la escuela de su niño o la Escuela Al Aire Libre Shady Creek.

Gracias por su ayuda y cooperación. Apreciamos el tiempo que dedico en completar este formulario. ¡Es información importante que va a ayudar a hacer la experiencia de su niño una segura y placentera!

(Por favor vea al dorso de la página)

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE Y CON CUIDADO

**Formulario de Autorización de Medicamento
Se tiene que completar por el médico de su niño.**

Nombre del Niño: _____
(Apellido) (Primero)

Medicamento _____
Propósito del Medicamento _____
Dosis Recetada _____

Medicamento _____
Propósito del Medicamento _____
Dosis Recetada _____

Horario de Frecuencia _____	Horario de Frecuencia _____
Forma de Dosis (pastilla, líquido) _____	Forma de Dosis (pastilla, líquido) _____
Medicamento _____	Medicamento _____
Propósito del Medicamento _____	Propósito del Medicamento _____
Dosis Recetada _____	Dosis Recetada _____
Horario de Frecuencia _____	Horario de Frecuencia _____
Forma de Dosis (pastilla, líquido) _____	Forma de Dosis (pastilla, líquido) _____

Precauciones, instrucciones especiales, posibles problemas adversos, o comentarios:

El niño mencionado arriba esta bajo mi cuidado: Número de Fax: _____

Nombre del Médico (letra de molde): Dr. _____

Número Telefónico: _____

Nombre de la Oficina y Dirección: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Yo autorizo a la escuela a administrar el medicamento anotado arriba de acuerdo con las instrucciones anotadas.

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

Health Technician's Use Only/Para Uso del Técnico de Salud Solamente: _____

