

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 _____ (apellido) (primero) (apodo)	Fecha de Nacimiento _____
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)			
<b>A. ALERGIAS</b>		<b>I. Condición de Corazón</b>	<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. <b>Hueso Roto Recientemente u otras lesiones</b>	<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>B. Asma</b>	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<b>L. Cirugías Recientes</b>	<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 perdida 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:

## **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 (dysmenorrea) (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 \_\_\_\_\_

**Medicamento** \_\_\_\_\_  
Propósito del Medicamento \_\_\_\_\_

Dosis Recetada \_\_\_\_\_  
Horario de Frecuencia \_\_\_\_\_  
Forma de Dosis (pastilla, líquido) \_\_\_\_\_  
**Medicamento** \_\_\_\_\_  
Propósito del Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis Recetada \_\_\_\_\_  
Horario de Frecuencia \_\_\_\_\_  
Forma de Dosis (pastilla, líquido) \_\_\_\_\_

Dosis Recetada \_\_\_\_\_  
Horario de Frecuencia \_\_\_\_\_  
Forma de Dosis (pastilla, líquido) \_\_\_\_\_  
**Medicamento** \_\_\_\_\_  
Propósito del Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis Recetada \_\_\_\_\_  
Horario de Frecuencia \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_