Sutter County Superintendent of Schools -- Shady Creek Outdoor School Program
Registro de Estudiantes y Formulario de Salud

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Nombre del Estudiante_____Fecha de Nacimiento_____ Grado____ Genero_____
(Apellido) (Nombre) (Sobrenombre)

Nombre del Maestro_____Escuela_____

Dirección de Casa_____ Ciudad/Código Postal_____

Dirección postal (si es diferente)_____ Teléfono de Casa_____

Padre o Guardian _____Teléfono de celular:_____Casa:_____

Padre o Guardian _____ Teléfono de celular:_____Casa:_____

Contacto de Emergencia _____Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del Medico_____Dirección de Oficina_____Teléfono_____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Marque TODAS las condiciones aplicables del niño y explique a continuación

IMPORTANTE:

¿Su hijo trae medicamentos recetados o sin receta al sitio? **Si _____ No ____**

*Si la respuesta es "Sí", entonces debe completar el Formulario de Autorización de Medicamentos para enviarlo con el medicamento.

¿Ha estado su hijo expuesto a alguna enfermedad transmisible en el último mes? **Si _____ No ____**

*Si la respuesta es "Sí", especifique la enfermedad. _____

¿Están archivados en la escuela los registros de vacunación de su hijo? **Si _____ No ____**

*Si la respuesta es "No", adjunte los registros de vacunación a este formulario.

Su hijo/a es vegetariana? **Si _____ No ____**

SI NO (Marque sí o no para cada elemento)

A. **ALERGIAS**
- Picaduras de abeja ..... ☐ Si ☐ No
- Picaduras de insectos..... ☐ Si ☐ No
- Comidas..... ☐ Si ☐ No
- Fiebre del heno ..... ☐ Si ☐ No
- Otra/O..... ☐ Si ☐ No

B. **Asma**..... ☐ Si ☐ No
- ¿Va a traer medicamentos?..... ☐ Si ☐ No

C. Problemas de espalda o cuello?..... ☐ Si ☐ No

D. Aun moja la cama?..... ☐ Si ☐ No

E. Problemas de estreñimiento? ..... ☐ Si ☐ No

F. Epilepsia o trastorno convulsivo ..... ☐ Si ☐ No

G. Desmayos..... ☐ Si ☐ No

H. Dolores de Cabeza..... ☐ Si ☐ No

I. Condiciones del Corazón?..... ☐ Si ☐ No

J. Hemorragias nasales ..... ☐ Si ☐ No

K. **Hueso roto reciente u otras lesiones** ..... ☐ Si ☐ No
- Parte del cuerpo herida_____Fecha de Lesión_____
- **(Describa todas las restricciones de actividad a continuación)**

L. **Cirugía reciente** ..... ☐ Si ☐ No
- Parte del Cuerpo _____Fecha de Cirugía_____
- **(Describa todas las restricciones de actividad a continuación)**

M. Problemas sinusales... ..... ☐ Si ☐ No

N. Sonambulismo ..... ☐ Si ☐ No

O. ADD o ADHD..... ☐ Si ☐ No
- Traerá medicamentos?..... ☐ Si ☐ No

P. Diabético?..... ☐ Si ☐ No

Explique brevemente TODOS los elementos marcados anteriormente (refiérase a cada elemento por letra) y explique cualquier otro problema médico no mencionado anteriormente (utilice hojas adicionales si es necesario)._____
_____
_____

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

Autorización para tratamiento médico

SE REQUIERE FIRMA O EL ESTUDIANTE NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA de SHADY CREEK

Por la presente, autorizo atención médica o quirúrgica de emergencia en el hospital más cercano, en caso de que surja una emergencia médica y no esté disponible de inmediato. Además, autorizo al personal del sitio a administrar primeros auxilios a mi hijo según sea necesario y asistir a mi hijo en el uso de los medicamentos enumerados en el Formulario de Autorización de Medicamentos adjunto.

⇨ _____ _____

Firma del Padre / Tutor Fecha

Publicación de Fotografías

Yo entiendo que mientras participe en el programa de Shady Creek Outdoor School mi hijo/a puede ser fotografiado/a y/o grabado/a en video para propósitos de publicidad, y relaciones profesionales y/o públicas. Autorizo a Shady Creek Outdoor School y al Superintendente de Escuelas del Condado de Sutter a publicar fotos, videos, y/o filmar la imagen de mi hijo para el uso de publicidad y relaciones profesionales y/o públicas en relación con el programa de educación. Esto incluye, pero no se limita a, los medios de comunicación social y el contenido del sitio web.

⇨ _____ _____

Firma del Padre / Tutor Fecha

☐ No autorizo la liberación de fotografía de mi hijo/a.

Política de Disciplina y Reembolso

Tenga en cuenta que todas las reglas de la escuela del estudiante se aplican mientras está en la escuela de Shady Creek. Los padres o tutores serán notificados de las infracciones disciplinarias siempre que sea posible. Si ocurren múltiples infracciones o infracciones severas, es posible que un estudiante sea enviado a casa temprano desde la escuela al aire libre. Shady Creek no emite reembolsos ni créditos escolares para los estudiantes que son enviados a casa debido a una enfermedad, problemas disciplinarios o cualquier otra situación que pueda requerir que su hijo abandone Shady Creek antes de tiempo.

He revisado las reglas anteriores con mi hijo y estoy de acuerdo en recogerlo en Shady Creek Outdoor School si me lo piden.

⇨ _____ _____

Firma del Padre / Tutor Fecha

Información

Shady Creek recopilará el nombre del estudiante, las restricciones dietéticas y otra información relevante. Autorizo a compartir esta información con otras escuelas que asistan la misma semana que mi hijo.

⇨ _____ _____

Firma del Padre / Tutor Fecha

Renuncia y Liberación de Reclamos

Los padres, por nosotros mismos y en nombre del Estudiante, liberan y eximen de toda responsabilidad al Superintendente, sus funcionarios, funcionarios, agentes y/o empleados, voluntarios, otros participantes (colectivamente, "Exonerados"), por cualquier lesión, accidente, discapacidad, muerte, o pérdida o daño a una persona o propiedad, ya sea que surja o esté relacionado de alguna manera con la participación voluntaria en el Programa. Esta renuncia y liberación se aplica al Programa, viajes hacia y desde el Programa y cualquier otro evento o circunstancia relacionada con la participación en el Programa. Los padres acuerdan voluntariamente, para nosotros y para nuestros herederos y representantes, que si cualquier reclamo, causa de acción o procedimiento por accidente, enfermedad, lesión, muerte o cualquier otro reclamo debe ser procesado, incluido, entre otros, un reclamo por negligencia contra el Superintendente, o sus empleados, funcionarios, miembros de la junta o agentes, que surja de la participación de mi Estudiante en el Programa, durante o en relación con dicha participación, que incluye, entre otros, una demanda presentada por el Estudiante o tutor ad litem en nombre del Estudiante , nosotros y nuestros herederos y representantes defenderemos, indemnizaremos y eximiremos de responsabilidad al Distrito y a todos sus empleados, funcionarios, miembros de la junta y agentes de todos y cada uno de dichos reclamos y causas de acción incluyendo honorarios de abogados, y además acordamos estar obligados por los términos de esta Renuncia y Liberación establecidos anteriormente.

HE LEÍDO EL ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ANTERIOR DENOMINADO RENUNCIA Y LIBERACIÓN DEL ESTUDIANTE, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUNA INDUCCIÓN

⇨ _____ _____

Firma del Padre / Tutor Fecha

Instrucciones para completar el Formulario de Autorización de Medicamentos

Todos los medicamentos recetados y de venta libre se guardan bajo llave en el centro de salud y se administrarán solo según lo autorizado por el padre y el médico del niño. En la cabina del niño solo se pueden llevar inhaladores para el asma. No se administrará ningún medicamento a menos que se reciba en su envase original, con este Formulario de Autorización firmado.

Pasos para completar el Formulario de Autorización de Medicamentos:

1. Determine si su hijo necesitará traer medicamentos recetados para Shady Creek.

   Shady Creek no proporciona medicamentos.

2. Envíe el Formulario de Autorización de Medicamentos al médico de su hijo para que lo complete. Todos los medicamentos, tanto con receta como sin receta, que no figuran en la lista anterior requieren la firma de un médico y las instrucciones completas (legibles) del médico. No podemos administrar ningún medicamento (recetado o sin receta) que envíe para su hijo sin este formulario firmado.

3. Verifique que todos los medicamentos estén debidamente etiquetados y que se hayan otorgado las autorizaciones. Verifique que:
   a. Todos los medicamentos están en sus envases originales.
   b. Todos los medicamentos están debidamente etiquetados (use cinta adhesiva si es necesario), incluyendo:
      1) Nombre del estudiante (la receta debe ser solo para el estudiante, no se aceptará ningún otro nombre)
      2) Nombre del medicamento
      3) Instrucciones precisas de dosificación, cantidad y frecuencia (solo con receta)
      4) Nombre del médico (si tiene receta)
      5) Iniciales de la escuela, por ejemplo “Tierra Buena” seria T.B.
      6) Las etiquetas en español deben traducirse al inglés en el Formulario de Autorización
   c. Los medicamentos recetados no estén vencidos.
   d. Todos los medicamentos se enumeran en este Formulario de Autorización de Medicamentos firmado con las instrucciones adecuadas para la administración.

4. Doble este formulario y colóquelo en una bolsa Ziploc con todos los medicamentos (tanto con receta como sin receta en los envases originales) y envíe la bolsa a la escuela de su hijo para que la transporte a Shady Creek.
   a. Etiquete la bolsita con el nombre, la escuela y el maestro de su hijo (use cinta adhesiva).
   b. NO envíe ningún medicamento al sitio en la maleta de su hijo.
   c. Las vitaminas no deben enviarse al sitio a menos que lo ordene un médico.

Si tiene alguna pregunta sobre el medicamento de su hijo o estas instrucciones, comuníquese con la escuela de su hijo o con Shady Creek Outdoor School.

Gracias por su cooperación y ayuda. Agradecemos que se tome el tiempo para completar este formulario. ¡Es información importante que ayudará a que la experiencia de su hijo sea segura y agradable!

(Por favor vea el otro lado)

POR FAVOR COMPLETE EN SU TOTALIDAD Y CUIDADOSAMENTE

Formulario de Autorización de Medicamentos

Para ser completado por el médico del niño

Nombre del Estudiante:_____

(Apellido) (Nombre)

Nombre de la Escuela: _____Nombre del Maestro/a: _____

Medicamento_____

Propósito del medicamento_____

Dosis recetada_____

Horario para medicamento_____

Forma de dosis (tableta, liq)_____

Medicamento_____

Propósito del medicamento_____

Dosis recetada_____

Horario para medicamento_____

Forma de dosis (tableta, liq)_____

Medicamento_____

Propósito del medicamento_____

Dosis recetada_____

Horario para medicamento_____

Forma de dosis (tableta, liq)_____

Medicamento_____

Propósito del medicamento_____

Dosis recetada_____

Horario para medicamento_____

Forma de dosis (tableta, liq)_____

Precauciones, instrucciones especiales, posibles efectos adversos o comentarios:

_____

_____

_____

_____

El estudiante mencionado está bajo mi cuidado:_____ Numero de Fax:_____

Nombre del médico: Dr._____ Numero de teléfono:_____

Dirección de oficina:_____

⇨ Firma del médico:_____ Fecha:_____

Por la presente autorizo a la escuela a administrar los medicamentos mencionados anteriormente de acuerdo con las instrucciones indicadas.

⇨ Firma del padre:_____ Fecha:_____

Uso exclusivo del técnico de salud:_____

_____

_____