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

#### DARA SER COMPLETADO DOR EL DADRE O TUTO

		r cena ae maeninento	Graud	Genero
	(Nombre) (Sobrenor	mbre)		
Nombre del Maestro		Escue	ela	
Dirección de Casa		Ciudad/Códig	go Postal	
Dirección postal (si es diferente)		Telé	fono de Casa	
Padre o Guardian	Telé	éfono de celular:	Casa	; <u> </u>
Padre o Guardian	Telo	éfono de celular:	Casa	<u> </u>
Contacto de Emergencia		Relación:	Teléfond	D:
Nombre del Medico	Dire	ección de Oficina		_Teléfono
	INICODA	ACIÓN GENERAL DE SALUD		
Marque		ACION GENERAL DE SALUD es aplicables del niño y expli	ique a continuación	
IMPORTANTE:	. Jana ida condicione	o aphicables act time y expit	.4 a continuación	
<b>-</b> :::/:::::::::::::::::::::::::::::::::			•	No
	dos o sin receta al sit	io?	Si	INO
¿Su hijo trae medicamentos receta				
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de				
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento.	ebe completar el Form	nulario de Autorización de M	edicamentos para e	nviarlo con el
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui	ebe completar el Form	nulario de Autorización de M misible en el último mes?	edicamentos para e	
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique	ebe completar el Form na enfermedad transi la enfermedad.	nulario de Autorización de M misible en el último mes?	edicamentos para e	nviarlo con el
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los	ebe completar el Form na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes? ión de su hijo?	edicamentos para e	nviarlo con el
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los	ebe completar el Form na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes? ión de su hijo?	edicamentos para e SiSi	nviarlo con el No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana?	ebe completar el Form na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci s registros de vacunac	nulario de Autorización de M misible en el último mes? ión de su hijo?	edicamentos para e	nviarlo con el No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento	ebe completar el Form na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci s registros de vacunac	nulario de Autorización de M misible en el último mes? ión de su hijo? ión a este formulario.	edicamentos para e Si Si Si	nviarlo con el No No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS	ebe completar el Form na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci s registros de vacunac	nulario de Autorización de M misible en el último mes? ión de su hijo?	edicamentos para e Si Si Si	nviarlo con el No No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunac	nulario de Autorización de M misible en el último mes? ión de su hijo? ción a este formulario.	SiSi	nviarlo con el No No No Si
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros do vacunaci s registros do vacunaci s registros do vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales	SiSi	nviarlo con el No No No Si
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros do vacunaci s registros do vacunaci s registros do vacunaci s registros do vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u	SiSisi	No     No     No     No     Si
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana?  SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros de vacunaci o)  Si	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida	SiSisisisisisisin?	No     No     No     No     Si
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana?  SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros de la No Si No Si No Si No Si No	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida (Describa todas las resi	Si	No     No     No     No     Si
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros de vacunaci o)  Si  No Si  No Si  No Si  No Si  No Si  No	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ión a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u o Parte del cuerpo herida (Describa todas las rest L. Cirugía reciente	Si	No No No No Si No Si No Si No Si No Gecha de Lesión da continuación)
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros do vacunaci o)	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ión a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida (Describa todas las rest L. Cirugía reciente	Si	No Si
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana?  SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci s registros de vacunaci o)	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ión a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u Parte del cuerpo herida (Describa todas las resi L. Cirugía reciente Parte del Cuerpo (Describa todas las resi (Describa todas las resi	SiSiSiSiStricciones de actividactiricciones de actividad	No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci s registros de vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida (Describa todas las resi L. Cirugía reciente Parte del Cuerpo (Describa todas las resi M. Problemas sinusales	Si Si Si Si Si sin?  otras lesiones  tricciones de actividad stricciones de actividad	nviarlo con el  No No  No  Si No  Si No  Gecha de Lesión da continuación)  Si No Fecha de Cirugía d a continuación)  Si No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida (Describa todas las resi L. Cirugía reciente Parte del Cuerpo (Describa todas las resi M. Problemas sinusales N. Sonambulismo	Si Si Si Si sin? otras lesiones stricciones de actividad	nviarlo con el  No No  No  No  Si No  Si No  echa de Lesión d a continuación)  Si No Fecha de Cirugía d a continuación)  Si No Si No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad. registros de vacunaci s registros de vacuna	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida (Describa todas las resi L. Cirugía reciente Parte del Cuerpo (Describa todas las resi M. Problemas sinusales N. Sonambulismo O. ADD o ADHD	Si Si Si Si Si sin?  otras lesiones  tricciones de actividad stricciones de actividad	nviarlo con el  No No  No  No  Si No  Si No  Ga continuación   Si No  Fecha de Lesión A a continuación   Si No  Fecha de Cirugía da continuación   Si No Si No Si No
¿Su hijo trae medicamentos receta *Si la respuesta es "Sí", entonces de medicamento. ¿Ha estado su hijo expuesto a algui *Si la respuesta es "Sí", especifique ¿Están archivados en la escuela los *Si la respuesta es "No", adjunte los Su hijo/a es vegetariana? SI NO (Marque sí o no para cada elemento A. ALERGIAS Picaduras de abeja Picaduras de insectos	ebe completar el Form  na enfermedad transi la enfermedad.  registros de vacunaci s registros de vacunaci	nulario de Autorización de M misible en el último mes?  ión de su hijo? ción a este formulario.  I. Condiciones del Corazó  J. Hemorragias nasales K. Hueso roto reciente u e Parte del cuerpo herida (Describa todas las resi L. Cirugía reciente Parte del Cuerpo (Describa todas las resi M. Problemas sinusales N. Sonambulismo	Si	NO NO NO NO NO NO NO NO Si

#### 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

Fecha

Firma del Padre / Tutor

### 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 <u>la escuela de su hijo</u> 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 <u>Para ser completado por el médico del niño</u>

(Apellido)	(Nombre)	
Nombre de la Escuela:	Nombre del Maestro/a:	
Medicamento	Medicamento	
Propósito del medicamento	Propósito del medicamento	-
Dosis recetada		_
Horario para medicamento		<u>-</u>
Forma de dosis (tableta, liq)	Forma de dosis (tableta, liq)	-
Medicamento	Medicamento	
Propósito del medicamento	Propósito del medicamento	-
Dosis recetada	Dosis recetada	
Horario para medicamento	Horario para medicamento	-
Forma de dosis (tableta, liq)	Forma de dosis (tableta, liq)	
Precauciones, instrucciones especiales, posibles		
Precauciones, instrucciones especiales, posibles		- -
Precauciones, instrucciones especiales, posibles  El estudiante mencionado está bajo mi cuid	efectos adversos o comentarios:	
Precauciones, instrucciones especiales, posibles  El estudiante mencionado está bajo mi cuid	efectos adversos o comentarios:    ado: Numero de Fax: Numero de teléfono:	- - -
Precauciones, instrucciones especiales, posibles  El estudiante mencionado está bajo mi cuid  Nombre del médico: Dr.	efectos adversos o comentarios:    ado: Numero de Fax:   Numero de teléfono:	- -
Precauciones, instrucciones especiales, posibles  El estudiante mencionado está bajo mi cuid  Nombre del médico: Dr.  Dirección de oficina:  Firma del médico:	efectos adversos o comentarios:    lado: Numero de Fax:   Numero de teléfono:   Fecha: inistrar los medicamentos mencionados anteriormente de acuerdo co	- - - - -
Precauciones, instrucciones especiales, posibles  El estudiante mencionado está bajo mi cuid  Nombre del médico: Dr.  Dirección de oficina:  Firma del médico:  Por la presente autorizo a la escuela a admi instrucciones indicadas.  Firma del padre:	efectos adversos o comentarios:    lado: Numero de Fax:   Numero de teléfono:   Fecha: inistrar los medicamentos mencionados anteriormente de acuerdo co	- - - - -