

Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz
FORMA DE REGISTRACION Y SALUD DEL ESTUDIANTE

Apellido del/la Estudiante	(Nombre)	Hombre / Mujer	Fecha de Nacimiento
Escuela	Distrito	Maestro/a	
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(código postal)	Teléfono de Casa ()
Padres/Guardián #1 Nombre	Teléfono del Trabajo ()	Teléfono Celular ()	
Padres/Guardián #2 Nombre	Teléfono del Trabajo ()	Teléfono Celular ()	
Nombre del Seguro Médico Familiar:	Grupo #	I.D. #	
Nombre del Doctor Familiar			Teléfono de su Medico ()

PERSONAS QUE CONTACTAR EN CASO QUE NO SE PUEDAN LOCALIZAR LOS PADRES EN UNA EMERGENCIA

Nombre	Relación con el/la Estudiante	Teléfono de Casa ()	Teléfono Celular ()
Nombre	Relación con el/la Estudiante	Teléfono de Casa ()	Teléfono Celular ()

PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO O GRABADO: (Favor de rellenar el cuadro)

Por la Presente le Autorizo a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz completo y absoluto permiso de tomar, o contratar a otros para que tomen, fotografías y/o video de mi hijo o hija. Tales fotografías y/o videos pueden ser publicados en cualquier medio de comunicación por la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz sea para fines educativos y/o de información pública sin requerimiento de compensación u obligación hacia mí.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL/LA ESTUDIANTE

¿Tiene el o la estudiante un historial reciente de cualquiera de las siguientes condiciones? Favor de marcar todas las opciones correspondientes y explicar brevemente enseguida.

<p>A <input type="checkbox"/> ADHD o Déficit de atención con Hiperactividad</p> <p>B <input type="checkbox"/> Alergias</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Piquetes de Abeja/Mordeduras de Insectos (circule)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Alimentos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Fiebre al Heno</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Medicamentos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otra (favor de explicar en el espacio de abajo)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anafilaxia a cualquiera de las alergias mencionadas</p> <p>C <input type="checkbox"/> Asma</p> <p>D <input type="checkbox"/> Moja la Cama (favor de mandar cobijas extras)</p> <p>E <input type="checkbox"/> Problemas intestinales</p> <p>F <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p>G <input type="checkbox"/> Epilepsia o trastorno convulsivo</p> <p>H <input type="checkbox"/> Se ha expuesto a cualquier enfermedad contagiosa en el último mes (por ejemplo, viruela, sarampión, etc.)</p>	<p>J. <input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Nostalgia Hogareña</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Huesos Fracturados Recientemente o Cirugía</p> <p style="padding-left: 20px;">Parte del Cuerpo afectada _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Fecha de Lesión o cirugía _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Actividades Restringidas _____</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Resfriado o enfermo/a (por favor explique)</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Restricción de actividades extenuantes (senderismo, juegos de correr, etc.)</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Sonámbulo</p> <p>R. <input type="checkbox"/> Dieta Especial Requerida (por ejemplo vegetariano, no puerco, vegano, por favor explique)</p>
---	--

Brevemente explique todas las opciones que selecciono (refiérase a cada opción por la letra precedente) y explique cualquier otra condición de salud no mencionada en la lista anterior (use papel adicional si le es necesario).

1. Sí No ¿Toma su hijo/a cualquier tipo de prescripción o medicina regularmente? Si la respuesta es sí por favor provéanos con las información pertinente en la forma del médico familiar y la autorización de los padres para administrar medicación. **Tenga en cuenta que la firma de un médico en la parte posterior de esta página es requerida para los medicamentos de prescripción.**

CONSENTIMIENTO MEDICO DE PADRES/GUARDIANES

_____ (nombre del niño o niña) tiene mi permiso para participar en la escuela de Ciencias al aire libre del Condado de Santa Cruz en conjunto con su programa escolar regular. Mi hijo o hija está en buen estado de salud como ha sido indicado y yo acepto responsabilidad financiera por la asistencia de mi hijo o hija. Por la presente autorizo el uso de atención médica y/o quirúrgica que tuviera que facilitársele a mi hijo o hija en el improbable caso de una emergencia que pueda ocurrir durante el transporte hacia y desde la escuela de ciencias al aire libre y/o durante su participación en la misma. (En Caso de emergencia, el padre/madre o guardián será notificado lo antes posible). Como esta mencionado en el Código Educacional de California en la Sección 35330, entiendo que estoy liberando a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz, sus oficiales, agentes, y empleados libres de toda y cualquier responsabilidad o reclamación que pueda surgir de o en la participación de mi hijo o hija en la Escuela de Ciencias al Aire Libre. Entiendo plenamente que los participantes deben de cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante todas las actividades. Cualquier violación de estas normas y reglamentos puede resultar en que el individuo que las rompa sea enviado de regreso a casa a expensas de su padre/madre o tutor. No habrá reembolsos para los estudiantes que salgan de la escuela de Ciencias al Aire Libre antes de tiempo debido a problemas de disciplina. Es la responsabilidad del Padre/Madre o Guardián recoger al estudiante que sea mandado a casa antes de tiempo por cualquier motivo.

FIRMA DE PADRES/GUARDIAN OFICIAL _____ **Fecha** ____ / ____ / ____