

ESCUELA EN CIENCIAS AL AIRE LIBRE *KEEP FORMULARIO DE MATRICULACIÓN / REGISTRO

Nombre: _____ Fechas en KEEP del _____ al _____
Dirección: _____ Escuela y maestro(a) _____
Ciudad: _____ Fecha de nacimiento _____ No. De Tel. _____
Código Postal: _____
Nombre de los padres o tutor legal: _____
Dirección de negocio: _____ No. De Tel. _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____

NOTA: La matriculación/ registro de su hijo(a) constituye permiso para que el niño(a) participe en todas las actividades que la clase lleve a cabo en KEEP bajo la dirección de la Superintendencia de las Escuelas del Condado de Kern.

INFORMACIÓN DE SALUD NECESARIA:

1. ¿Sabe de algún factor de salud que limite sus actividades al aire libre?
a. ¿Una cirugía/ operación reciente o enfermedad? (Favor de especificar) _____
b. ¿Quebraduras de huesos o torceduras, etc.? _____ c. ¿Asma o condiciones del corazón? _____
d. ¿Otras limitaciones físicas? _____

LIMITACIONES ESPECIFICAS SOBRE LAS CONDICIONES DE ARRIBA _____

2. ¿Qué medicamentos esta el niño(a) tomando actualmente? Favor de enlistar: _____
3. Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____
4. ¿Durante los últimos 21 días, ¿ha estado expuesto su niño(a) a una enfermedad de transmisión común? Si No
Si la respuesta es sí, ¿a qué enfermedad? _____ Fecha en la que el/ella estuvo expuesta: _____
5. Para poder proteger a su niño(a) de una vergüenza, la siguiente información es necesaria: (Favor de ser específico)
a. ¿Camina dormido su niño(a)? _____
b. ¿Moja la cama (se orina) durante la noche? _____
c. ¿Existen otros factores que tal vez afecten el cuidado de su niño (a) _____
Comentarios: _____
6. ¿Tiene alguna reacción alérgica a cualquier medicina en caso de emergencia? Si No, si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____
7. Alergia a alguna comida _____ alergia a insectos: _____ Otras alergias: _____ Vegetariano(a)? _____
8. Si usted no puede ser localizado en caso de una emergencia, ¿a quien se debe llamar? Nombre _____
9. ¿Se le han dado las series de vacunas del tuétano y de refuerzo a su niño? Si No, si la respuesta es sí, ¿qué fecha? _____
10. ¿Está su niño cubierto por Medi-Cal, si la respuesta es sí, número _____ (adjunte una copia de la tarjeta)
 ¿Seguro médico? _____
Número de póliza: _____ (adjunte una copia de la tarjeta)

Si se presentase una emergencia médica seria, tal vez sea necesario que un médico asista a su niño(a) antes de que usted pueda ser comunicado por el personal de la escuela al aire libre de KEEP. Tal cuidado puede ser brindado solamente si usted firma la siguiente AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO. Las declaraciones de abajo deben de ser firmadas antes de que su niño pueda ser aceptado(a) a la escuela al Aire Libre de KEEP.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO: Autorizo a la Escuela al Aire Libre de KEEP a que provea cuidado médico y/ o quirúrgico, por medio de una facilidad médica adecuada a (nombre del estudiante) _____
En cualquier emergencia que pueda ocurrir mientras él/ ella asiste a la Escuela al Aire Libre de KEEP y además autorizo la diseminación de tal información medica relacionada al estudiante según la requiera el médico o facilidad médica.

Firma de los padres o tutor legal (firmar con tinta)

AUTORIZACIÓN PARA VACUNAS DEL TUÉTANO Y DE REFUERZO: Autorizo a la Escuela al Aire Libre de KEEP a que autorice las vacunas del tuétano y de refuerzo si un médico lo recomienda en una facilidad medica apropiada según sea necesario.

Firma de los padres o tutor legal (firmar con tinta)

Por este medio, doy permiso a que mi niño(a) sea fotografiado o grabado por empleados de la Escuela al Aire Libre de KEEP y la superintendencia de Escuelas del Condado de Kern con fines educacionales y promocionales en televisión, folletos, u otros materiales impresos, o la página en la red de KEEP.

Firma de los padres o tutor legal (firmar con tinta)