



## ESCUELA AMBIENTAL DE FOOTHILL HORIZONS INFORMACION DE SALUD/PERMISO



La forma tiene que ser llenada con tinta por el padre o guardián

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Barón  Hembra  
Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Por favor cheque la caja para cada pregunta y explique cualquier respuesta que sea sí.

Sí      No

1. ¿Hay algún **problema de salud** que pudiese afectar el cuidado de su hijo/a, ¿tal como asma, diabetes, ataque convulsivo, pérdida auditiva o visual, etc.? Especifique. \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido hijo/a diagnosticado con algún problema de comportamiento o aprendizaje? Describa: \_\_\_\_\_

3. ¿Toma su hijo/a algún **medicamento**?  
En caso afirmativo, debe tener la "Solicitud de Administración de Medicamentos en la Escuela al Aire Libre" formulario completado y firmado por el médico de su hijo para la prescripción y medicamentos de venta libre (es decir, Benadryl, Tylenol, ibuprofeno, cremas anti-picazón, vitaminas, etc.).

4. ¿Tiene su hijo/a alguna **alergia grave** de alimentos, picaduras de insectos, medicamentos u otras sustancias?  
En caso afirmativo, ¿Cuál es la alergia de su hijo/a?

Alergina:	¿Es esta alergia de vida o muerte? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Necesita epinefrina auto inyectable? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Contacto / contacto <input type="checkbox"/> Ingestión / comer <input type="checkbox"/> Aire / inhalación?
	¿Es esta alergia de vida o muerte? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Necesita epinefrina auto inyectable? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Contacto / contacto <input type="checkbox"/> Ingestión / comer <input type="checkbox"/> Aire / inhalación?
	¿Es esta alergia de vida o muerte? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Necesita epinefrina auto inyectable? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Contacto / contacto <input type="checkbox"/> Ingestión / comer <input type="checkbox"/> Aire / inhalación?
	¿Es esta alergia de vida o muerte? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Necesita epinefrina auto inyectable? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Contacto / contacto <input type="checkbox"/> Ingestión / comer <input type="checkbox"/> Aire / inhalación?

5. ¿Hay alimentos que su hijo NO debe comer?  sin carne  sin cerdo  vegetariano  vegano  
 otro: \_\_\_\_\_ Referirse a "Students with Special Diets"

6. ¿Hay límites de actividad física de su hijo (huesos rotos, educación física adaptiva, etc.)?  
En caso afirmativo, por favor consulte a su proveedor de atención médica para completar la lista de actividades limitada (que se encuentra en la página de Padres de Familia en www.foothillhorizons.com).

5. ¿Tiene su hijo/a seguro de salud? Si es **Sí**, por favor incluya el nombre y número de la póliza.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Si su hijo toma MEDICINA, s / él no pueda asistir a la escuela al aire libre a menos que su proveedor de atención médica completa correctamente el formulario "Solicitud de Administración" (que se encuentra en la página de Padres de Familia en www.foothillhorizons.com). El supervisor de su escuela de salud debe revisar el formulario "Solicitud" (s) y firmarlos antes de que su hijo asista. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela de su hijo en un contenedor de farmacia etiquetado con el nombre del niño, nombre del medicamento, y las instrucciones para la administración en la etiqueta. Si tiene preguntas acerca de los medicamentos por favor póngase en contacto con nuestra oficina de salud: 209-532-6673.

*Oficina de Educación del Condado de Stanislaus/Foothill Horizons*  
21925 Lyons Bald Mtn. Road, Sonora, CA 95370 TEL (209) 532-6673 FAX (209) 533-1390

**POR FAVOR LLENE LO MAS COMPLETO POSIBLE:**

**ATRÁS**



NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal Teléfono de casa

Nombre de los padres/guardián legal \_\_\_\_\_  
(Si hay más de un adulto, por favor escriba ambos nombres)

Dirección postal \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #1 ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo #2 ( ) \_\_\_\_\_

Celular ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia:** Personas que en caso de una emergencia puedan ser contactadas si usted no esta disponible y acepten la responsabilidad por su hijo/a

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(Si no tiene, indique "Ninguno")

Necesitamos saber si su hijo/a está protegido contra el tétano. ¿Ha tenido su hijo/a recientemente vacunas para difteria, tos ferina, tétano (Tdap), o inmunización contra difteria, tétano (Td) \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si es Sí, ¿cuando fue la última inyección que recibió? Fecha: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIONES Y POLIZA DE DISCIPLINA DE FOOTHILL HORIZONS**

LAS REGLAS SE QUEBREN, LA ESCUELA AMBIENTAL USA UNA POLIZA DICIPLINA DE TRES PASOS.

PRIMERA OFENSA: El estudiante tendrá una conferencia con su maestro/a.

SEGUNDA OFENSA: El estudiante le llamará y le explicará a usted de su mal comportamiento.

TERCERA OFENSA: El estudiante le llamará para decirle que usted necesita venir y recogerle para llevarle a casa.

Yo he leído y he comprendido las consecuencias arriba mencionadas por quebrar las reglas establecidas en la Escuela Ambiental, y comprendo que yo deberé transportar a mi hijo/a a casa inmediatamente si una tercera ofensa suceda. Dependiendo de la gravedad del comportamiento, un estudiante puede saltar a la tercera ofensa. Los estudiantes que vuelven a casa por mal comportamiento no recibirán un reembolso.

Los padres serán notificados de cualquier enfermedad o accidente de niño/a y del cuidado apropiado que se le dará.

En el caso de una emergencia en la cual yo no pueda ser contactado/a inmediatamente, yo autorizo cuidado médico y/o quirúrgico para mi hijo/a mientras él/ella está asistiendo o en camino o del Programa de la Oficina de Educación de Condado de Stanislaus.

Yo comprendo que si es determinado que mi hijo/a tiene una enfermedad transmisible o piojos vivos, **yo tendré que transportar a mi hijo/a a casa inmediatamente.**

Le doy mi consentimiento a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOE) para **fotografiar, grabar, o grabar en video** la imagen y voz de mi hijo/a. Entiendo y estoy de acuerdo en que esto puede incluir su imagen y/o voz en demostraciones publicas, pase de diapositivas descargables, un sitio Web, folletos, u otros medios de comunicación que pueden ser reproducidos para el uso de SCOE u otras agencias con la aprobación de SCOE. Además estoy de acuerdo en liberar, defender, y mantener indemne a esas agencias, su personal, SCOE y su personal, así como cualquier agente que sea designado de cualquier daño o derecho de acción, que puede resultar de la utilización de la imagen o voz de mi hijo/a en cualquiera de sus proyectos. Esto incluye, pero no se limita a ningún derecho de acción relacionado a la invasión de la privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre, o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

**IMPORTANTE: HAY QUE FIRMAR ESTA FORMA PARA QUE SU HIJO/A PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA AMBIENTAL DE FOOTHILL HORIZONS.**