



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

Escuela _____ Maestro _____

Hembra

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, perdida 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?

¿Es esta alergia de vida o muerte? __sí __no ¿Necesita epinefrina auto inyectable? __sí __no

¿Es este tipo de alergia de: Contacto / contacto Ingestión / comer Aire / inhalación?

 5. ¿Hay alimentos que su hijo NO debe comer? _____

(Por favor, llame a la cocina Foothill si tiene inquietudes-209-532-6673)

 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
Tom Changnon, Superintendente

POR FAVOR LLENE LO MAS COMPLETO POSIBLE:

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. 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.