



**Non-Prescription Medication Available at the Sites**

Occasionally, it is necessary to provide students with non-prescription medications when they are at the site. The medications listed below are kept in stock at the site for this purpose. **Do not send any of these items to the site.** Please check each box below to indicate your permission for the listed medication to be administered by the Outdoor School Nurse or an authorized responsible staff member. **We will not administer any medication without authorization.**

\*\*

YES	NO		YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benadryl (itch, insect bite, sinus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peptobismol/Kaopectate (diarrhea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caladryl Lotion (poison oak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudafed (sinus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mylanta/Tums (upset stomach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysporin Topical (minor cuts/burns)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cough Drops (cough)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robitussin (cough)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hydrocortisone Cream (itch/rash)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol (head/muscle aches/cramps)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofen

**Authorization For Medical Treatment – SIGNATURE REQUIRED OR STUDENT CANNOT BE TREATED!:**

I hereby authorize emergency medical or surgical care at the nearest hospital, should a medical emergency arise and I am not immediately available. I further authorize site personnel to assist my child in the use of the medications indicated above and those listed on the attached Medication Authorization Form.

**Authorization For Student Transportation**

I hereby authorize employees of San Diego County Office of Education and/or my child's school or district to transport my child in buses, SDCOE owned vehicles, or personal vehicles for field trips, between home, school and Outdoor School, and for emergency purposes.

**Outdoor School promotional videos or photos may be taken and used for promotional purposes or put on our web site.** If you **do not** wish to have your child included in such videos or photos, it is your responsibility to contact the camp secretary no later than 2 weeks prior to the encampment. Camp Cuyamaca: 760 765-3000

I have read, understand, and agree to the above statements unless individually crossed out and initialed by me.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

SIGN HERE

\*\*

**IMPORTANT: Are you sending prescription or non-prescription medication to the site?** Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

If "Yes", then you must complete the **Medication Authorization Form** to send with the medication. Send a copy of the Medication Authorization Form to your home school's nurse 3 weeks prior to your student's encampment.

Has your child been exposed to any communicable disease within the past month? If yes, please specify the disease.

\*\*

Date of last known Tetanus shot: \_\_\_\_\_

**Medical Insurance Information**

Medi-Cal Coverage Policy #: \_\_\_\_\_

\*\*

Private Insurance Insurer Name: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_

**Discipline Policy Statement**

Please review the following outdoor school rules (and consequences for breaking the rules) with your child. These simple rules will help ensure that every child has a safe and successful learning experience.

1. Respect the rights of all people.
2. Be respectful towards and follow directions of all adults.
3. Keep hands, arms, and legs to yourself. No fighting, play fighting, or rough-housing.

If I don't follow these rules, I realize that I am choosing to accept the consequences for my behavior. Possible consequences:

1. Be timed out from fun activities
2. Call to home school principal and/or parents.
3. Be suspended from home school.
4. Have parents pick student up and take home.

The following behaviors are examples of what your child could be sent home for:

1. Hitting, fighting with, or threatening another student.
2. Repeated violation of any of the above rules.
3. Being in the opposite gender's cabin.
4. Vandalism or theft.

I have read and agree to follow the rules listed above.

Student Signature \_\_\_\_\_

I have reviewed the above rules with my child and agree to pick him/her up at outdoor school if called upon to do so. I further understand that there will be no refund of Outdoor School fees for students sent home for disciplinary reasons.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

PARENT SIGN STUDENT SIGN

Encierre en un círculo el lugar al que asistirá el estudiante:

Cuyamaca  
Fox

**San Diego County Office of Education**  
**Programa de Educación al Aire Libre**  
**Ficha de inscripción y cuestionario de salud**  
**(La debe llenar el padre o tutor)**

Fechas de asistencia:  
Del: \_\_\_\_\_  
al: \_\_\_\_\_  
Maestro: \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT DOUBLE SIDED ON PINK PAPER**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién se puede llamar en una situación de urgencia si no se le puede localizar a usted?

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE Y AUTORIZACIÓN PARA SU TRATAMIENTO**

Marque **TODAS** las condiciones que tenga su niño y **explique más abajo**

A. <b>Alergias</b>	K. <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos o lastimaduras recientes
<input type="checkbox"/> Picaduras de abeja / picaduras de insectos (encierre en un círculo)	Parte lastimada: _____ Fecha cuando pasó: _____
<input type="checkbox"/> Comida	Actividades restringidas: _____
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	
<input type="checkbox"/> Roble venenoso	L. <input type="checkbox"/> Cirugía reciente: Parte del cuerpo: _____ Fecha de lastimadura: _____
B. <input type="checkbox"/> Asma	Fecha de cirugía: _____ Restricciones de actividades: _____
C. <input type="checkbox"/> Problemas de espalda o cuello	
D. <input type="checkbox"/> Se orina dormido (en la actualidad)	M. <input type="checkbox"/> Vegetariano
E. <input type="checkbox"/> Problemas intestinales	N. <input type="checkbox"/> Somnambulismo (antecedentes de)
F. <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	O. <input type="checkbox"/> ADD o ADHD (encierre en un círculo) <input type="checkbox"/> Mandará medicamentos
G. <input type="checkbox"/> Desmayos	P. <input type="checkbox"/> Diabetes
H. <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	Q. <input type="checkbox"/> Edu. Esp. _____ /IEP_____ Enfermedad psiquiátrica o emocional _____
I. <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	R. <input type="checkbox"/> ¿Requiere un auxiliar de instrucción en el aula? _____
J. <input type="checkbox"/> Sangrados de la nariz	¿O con actividades de la vida diaria? _____

Explique brevemente **TODO** lo que marcó anteriormente (refiérase a cada artículo por letra). **También explique cualquier dieta que deba seguir por requisito médico.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias:** Indique el tipo de alergia(s), la reacción del niño, y los tratamientos médicos autorizados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Asma/ADD/Insulina/Epi-kits:** Cualquier medicamento de receta o inhalador debe enviarse a la enfermera del plantel para su uso bajo supervisión de la enfermera. Todos los medicamentos deben enviarse en su envase original e ir acompañados por un formulario de autorización firmado por el padre y el médico quien lo recetó.

**Medicamentos disponibles en el plantel que no necesitan receta**

Ocasionalmente es necesario dar a los estudiantes medicamentos que no son de receta durante su estadía en el plantel. Para esas ocasiones, se tienen disponibles en el plantel los medicamentos descritos en seguida. **Favor de no enviar ninguno de estos artículos al plantel.** Favor de marcar cada cuadro para dar su permiso para que se administre el medicamento, por una enfermera del programa de Educación al Aire Libre o por un miembro responsable del cuerpo administrativo. **No administraremos ningún medicamento sin su autorización.**

SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benadryl (comezón, piquete de insecto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peptobismol/Kaopectate (diarrea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caladryl Lotion (roble venenoso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudafed (problemas nasales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mylanta/Tums (malestar estomacal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysporin en crema (cortadas o quemaduras leves)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para chupar (tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robitussin (tos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema con hidrocortisona (comezón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol (dolor de cabeza o muscular, calambres)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofen

**Autorización para dar tratamiento médico – DEBE FIRMARSE O NO SE PODRÁ DAR TRATAMIENTO AL ESTUDIANTE:**

Por la presente autorizo se dé tratamiento médico o quirúrgico de urgencia en el hospital más cercano si se presentara una emergencia médica y no se me localiza inmediatamente. Además autorizo al personal del establecimiento para asistir a mi niño en el uso de los medicamentos indicados arriba y los descritos en el formulario de autorización adjunto.

**Autorización para transportar al estudiante**

Por la presente autorizo a los empleados de la Oficina de Educación del Condado de San Diego y de la escuela o del distrito de mi hijo para transportar a mi hijo en autobuses, vehículos propiedad de SDCOE, o vehículos privados, para excursiones, de la casa a la escuela y a la Escuela al Aire Libre y para casos de emergencia.

**Podrían tomarse videos o fotografías que podrían usarse con fines de promover la Escuela al Aire Libre o ponerse en nuestro sitio Web. Si usted no desea que se incluya a su niño en ellos, es su responsabilidad informar al secretario del campamento por lo menos dos semanas antes del campamento.** Campamento Cuyamaca: 760 765-3000 Campamento Fox: 619 296-8935

**He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores a menos que yo las haya tachado individualmente y puesto mis iniciales.**

**Firma del Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** ¿Enviará medicamentos de receta o que no necesitan receta? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si contestó "Sí", entonces debe llenar el Formulario de Autorización para Medicamentos (**Medication Authorization Form**) para enviarlo con los medicamentos.

¿Ha estado su hijo expuesto a cualquier enfermedad transmisible en el último mes? De ser así, favor de especificar la enfermedad.

**Fecha de la última vacuna de tétano:** \_\_\_\_\_.

**Información de seguro médico**

Cobertura de Medi-Cal Póliza #: \_\_\_\_\_

Seguro privado Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

**Declaración sobre la política de disciplina**

Favor de repasar con su niño las siguientes reglas de la Escuela al Aire Libre y las consecuencias de no respetarlas. Estas reglas tan sencillas ayudarán a asegurar que todos los niños tengan una experiencia de aprendizaje segura y exitosa.

1. Respeta los derechos de todas las personas.
2. Respeta a los adultos y obedece sus instrucciones.
3. Mantén tus manos, brazos y piernas alejados de las demás personas. Se prohíbe pelear, jugar a peleas o con brusquedad.

Si no obedezco estas reglas, me doy cuenta de que debo aceptar las consecuencias de mi conducta. Posibles consecuencias:

1. Ser excluido de actividades divertidas.
2. Llamada al director de mi escuela regular y a mis padres.
3. Suspenderse de su escuela regular.
4. Que los padres recojan al estudiante para llevarlo a casa.

Ejemplos de conductas por las que se puede enviar a casa a su hijo:

1. Golpear, pelear o amenazar a otro estudiante.
2. Violación repetida de cualquiera de las reglas anteriores.
3. Estar en la cabaña de compañeros del sexo opuesto.
4. Vandalismo o robo.

**He leído y estoy de acuerdo en seguir las reglas mencionadas anteriormente.**

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

He repasado las reglas anteriores con mi hijo y estoy de acuerdo en recogerlo en la escuela al aire libre si me llaman para hacerlo. También entiendo que no se reembolsará la cuota pagada si se envía al niño a casa por cuestiones de disciplina.

**Firma del Padre o Tutor** \_\_\_\_\_

Repasado por el técnico escolar de salud o enfermera registrada, Nombre: \_\_\_\_\_