



INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL

y Autorización para Tratamiento Médico

Use letra de molde.

Sitio _____

| | | | | | |
|--|----------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Estudiante (Apellido) | (Nombre) | (Inicial del Segundo Nombre) | Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> | Fecha de Nacimiento |
| Escuela | | Distrito | | Maestro/a | |
| Domicilio (Calle) | | (Ciudad) | | (Zona Postal) E-mail | |
| Nombre del Padre/Tutor Legal | | Teléfono del Trabajo () | | Teléfono de la Casa/Celular () | |
| Nombre de la Madre/Tutor Legal | | Teléfono del Trabajo () | | Teléfono de la Casa/Celular () | |
| Seguro Médico de la Familia: Compañía | | Grupo # | | Identificación # | |
| Nombre del Médico | | | Teléfono del Médico () | | |

Si no es posible localizar a los padres/tutor legal en caso de emergencia, se puede avisar a:

| | |
|------------------------|------------------------------|
| Nombre | Teléfono de la Casa |
| Relación al Estudiante | Teléfono del Trabajo/Celular |
| Nombre | Teléfono de la Casa |
| Relación al Estudiante | Teléfono del Trabajo/Celular |

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Ha tenido el estudiante algunas de las siguientes condiciones? Por favor, marque todo lo aplicable.

| | |
|---|--|
| <p>A. <input type="checkbox"/> ADD or <input type="checkbox"/> ADHD</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Alérgias</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Picadas de abeja/insectos (haga un círculo)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Comida (Explique abajo)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Alérgia al polen</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Medicación</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otra (Explique abajo)</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Asma</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Se orina en la cama (Mande extra ropa de cama)</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Problemas intestinales</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Se mareo en carro <input type="checkbox"/> Marque aquí si quiere que el estudiante reciba Dramamine antes del viaje del regreso.</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa (p.ej., varicela, sarampión) durante el mes pasado</p> | <p>J. <input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Condición cardíaca</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Extrañamiento de casa</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza severos</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Sangra de la nariz (frecuentemente)</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Hueso fracturado o cirugía recientemente</p> <p style="margin-left: 20px;">Parte del cuerpo afectado _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Fecha de herida/cirugía _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Limitaciones de actividad _____</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Restricción de actividad rigurosa (caminatas, juegos, etc.)</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Sonambulismo</p> <p>R. <input type="checkbox"/> Dieta restringida (Por favor, llame a ECOS directamente al 949-298-3267)</p> <p>S. <input type="checkbox"/> Enfermedad reciente (Explique abajo)</p> |
|---|--|

Brevemente explique cada uno marcado arriba (usando las letras anteriores) y explique cualquier otra condición de la salud no enumerada arriba (Use papel adicional si se necesita.)

Historia de las Vacunas: Provee el mes y el año de las vacunas. Las vacunas marcadas (*) tienen que estar al día.

| Vacunas | Fecha - Mes y Año | Vacunas | Fecha - Mes y Año |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|-------------------|
| Reinuerzo del tétanos* | (en los 10 últimos años) | Polio* | |
| Varicella* (Chicken Pox) | | MMR (Paperas, Sarampión, y rubéola)* | |
| Meningitis | | Neumocócica | |
| Tos ferina (Whooping Cough) | se recomienda un reinuerzo a los 12 años | DPT (difteria, tos ferina, tétanos)* | |
| Hepatitis B | | Hepatitis A | |
| Influenza (gripe) | | | |

Por favor, complete ambos lados de este formulario. Se requiere la firma en el reverso.

(vea el reverso)

Nombre del Estudiante _____

1. Sí No ¿El estudiante toma regularmente alguna medicación recetada o no recetada? Si es así, por favor, complete el formulario "Autorización para Medicación." Es importante que el estudiante continúe con su medicación durante su semana en ECOS Institute. **No ponga las medicaciones en la maleta del estudiante.** Personal de su escuela recojerá la medicación antes del viaje.
2. Sí No ¿Tiene el estudiante una condición física o emocional? Si es así, por favor explique abajo. Por definición, un estudiante con una condición especial puede requerir cuidado individualizado o tratamiento médico debido a su condición física o emocional. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a, los siguientes: diabéticos, estudiantes con problemas de movilidad, estudiantes que usan una máquina para la respiración regularmente, estudiantes con una condición emocional, y estudiantes con alergia severa a cierta comida. Si su estudiante tiene una condición especial, por favor pídale al maestro/a el formulario "Renuncia de Derechos para un Estudiante con una Necesidad/Condición Especial." Ambos el médico y el padre debe completar y firmar el formulario y devolverlo al maestro. _____
2. Sí No El estudiante necesita a un ayudante en la escuela.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- ECOS Institute está situado en las montañas de San Bernardino, aproximadamente 80 millas del centro del condado de Orange. El sitio está a una altura de 6,500 pies en terreno montañoso de bosque y chaparral. En ECOS Institute, los estudiantes participan en una variedad de actividades en todos los climas, incluyendo cuando haya lluvia, nieve e hielo. Se les dan comidas normales y bien balanceadas. Los estudiantes duermen en literas en cabañas que comparten con otros estudiantes. Los baños se encuentran adentro de las cabañas. Los estudiantes se quedan en ECOS Institute durante tres, cuatro, o cinco días. ECOS Institute emplea a una enfermera quien está disponible las 24 horas. Tanto medicación recetada como medicación no recetada puede ser administrada por la enfermera u otro personal designado de ECOS Institute. Se les informarán a los padres inmediatamente si se hace daño o se pone enfermo el estudiante y los deseos de ellos se llevarán a cabo en cuanto al tratamiento. Se tomarán medidas para transportar al estudiante a una clínica médica o se llevará a casa por los padres. **Porque los sitios de ECOS Institute están situados en lugares remotos, acceso a un médico/hospital puede demorarse más de una hora. A veces, debido a la intemperie, es difícil llegar a un hospital porque las carreteras se ponen intransitables.**
- Seguro médico por accidente se provee para cada estudiante durante su asistencia en ECOS Institute. Ésto cubre un máximo de \$10,000 por accidente que ocurra durante las actividades en ECOS Institute. Este seguro es secundario a cualquier otro seguro. Si el estudiante no tiene otro plan de seguro médico, la compañía de seguro pagará el gasto por beneficios cubiertos hasta las cantidades máximas escritas en este párrafo. Una copia de la póliza completa está disponible en la oficina del programa.
- Durante la semana en ECOS Institute, ningún estudiante será entregado/a a otras personas que no sean sus padres o tutor legal, excepto mediante una solicitud por escrito.
- ECOS Institute toma fotos y produce videos de los estudiantes mientras participan en ECOS Institute. Estas fotos y videos se usan para promover ECOS Institute y aparecen en el website de ECOS Institute.

Yo, el abajofirmante padre/tutor legal de _____, autorizo y consiento que se toman fotos y videos de mi hijo/a y que tales fotos y videos se usarán a la discreción exclusiva de ECOS Institute.

Firma: _____ Printed Name: _____
Padre/Tutor Legal Padre/Tutor Legal

- Cada participante debe presentar prueba de inmunización. Según los requisitos del código de salud, esta documentación se debe de mantener en los archivos durante la semana de participación.

AUTHORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, el abajofirmante padre/tutor legal de _____, por este medio autorizo y conciento cualquier examen con rayos X, anestesia, tratamiento médico o cirugía para mi hijo/a por el personal médico o por personal de la sala de emergencia de cualquier hospital o por un dentista. Queda entendido que se da esta autorización anticipadamente a cualquier diagnóstico, tratamiento o servicio en el hospital que el médico en el ejercicio de su mejor juicio considere recomendable. Queda entendido que se hará todo lo posible por comunicarse con el firmante antes de darle tratamiento a mi hijo/a, pero si no es posible se le dará a mi hijo/a el tratamiento adecuado. Además, doy permiso que la enfermera u otro personal de ECOS Institute le dé a mi hijo/a las medicaciones comunes escritas abajo, si se necesitan. **He tachado las medicaciones que no deseo que reciba mi hijo/a.**

He leído y entiendo esta autorización para el tratamiento de mi hijo/a, y autorizo y conciento tal tratamiento.

Si no autoriza tratamiento, por favor dénos instrucciones: _____

ECOS Institute administra el equivalente genérico a estas medicaciones, a menos que diga lo contrario abajo.

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|
| ANALGÉSICOS | BOCA | RESFRIO/ALERGIA | MEDICACIÓN TÓPICA |
| Ibuprofen LIQ & TAB | Analgesico oral | Antihistamínico LIQ & TAB | Pomada antibiótica |
| Acetaminophen LIQ & TAB | Spray para la garganta | Anticongestivo LIQ & TAB | Toallitas antisépticas |
| OJO | Pastillas para la garganta | Jarabe para la tos/espectorante | Analgesico (primer auxilio) |
| Limpiador | Acera dental | Anticongestivo nasal (spray) | Loción anticomezón Pomada para quemaduras |
| Gotas | ESTREÑIMIENTO | INDIGESTIÓN/DIARREA | Cortisone (pomada) Sting-eze |
| MAREO | Milk of Magnesia | Antiácido/antigas LIQ & TAB | Repelente de insectos Loción antisolar |
| Dramamine TAB | NÁUSEA/VÓMITO | Antidiarreal TAB | Mentholatum Vaselina |
| | Emetrol | | Rid (para piojos) Alcohol |

He leído, entendido y completado ambos lados de este formulario. Consiento a exonerar ECOS Institute, sus representantes, agentes, y empleados de cualquier responsabilidad o demanda que pueda resultar de, o en relación con, la participación de mi hijo/a en ECOS Institute.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre en letra de molde

(Se requiere la firma para que asiste el estudiante)