

Parent Data Packet in Spanish

Enclosed are the following materials for your use:

1. Parent Letter
2. Parent Permission Slip and Fact Sheet
3. Medical and Participant Authorization Form (to be copied as one double sided form)
4. Doctor's Written Orders
5. Suggested Clothing and Equipment List

Calvin Crest Outdoor School

45800 Calvin Crest Road. ☎ Oakhurst, CA 93644

(559) 683-4450 ext. 221 ☎ FAX (559) 683-7118 ☎ email outdoored@calvincrest.com

Estimados Padres de Familia;

Su escuela se está preparando para la temporada de Educación al aire libre patrocinada por Conferencias Calvin Crest. Los administradores, maestros y el personal de Calvin Crest quiere que su hijo al atender el programa educacional al aire libre Calvin Crest, pase una segura y divertida experiencia educativa.

Calvin Crest está localizado aproximadamente a una hora al norte de Fresno (a 20 minutos de Oakhurst). Rumbo al este del Highway 41, a una altura de 5,000 pies. En este lugar se cuenta con habitaciones, comedores y facilidades recreativas. Cada cabaña cuenta con calefacción y está equipada con camas literas y colchones.

El cobro por cada sesion educacional varía de acuerdo a la escuela en el distrito. La escuela le notificará con anterioridad la cantidad exacta de pago.

Por favor tome en cuenta que el plan de seguro con que la familia cuenta es el primer recurso al que se recurre en caso de que algún accidente pasara durante la estancia del estudiante en Calvin Crest.

La educación al aire libre no es solamente aprendizaje académico, tambien adquieren desarrollo social y madurez. Ya que esta semana es para los estudiantes les pedimos que no les visiten. Si usted decide visitarlos debemos ser notificados con anticipación por la escuela. También todos los visitantes deben firmar en la oficina y deben tambien firmar al retirarse en caso de que se lleven al estudiante. El mayor tiempo de visitas es entre las 11:30 a.m. - 1:00 p.m. No le sugerimos que les llame por teléfono ya que sus hijos se ponen tristes al escuchar su voz. Lo que si les invitamos es a que les escriban por los menos una o doz veces durante la semana. El hecho de no recibir correspondencia es otro factor que contribuyen a la tristeza. La dirección es:

(Nombre de su hijo[a])
Nombre de la escuela
45800 Calvin Crest Road
Oakhurst, CA 93644 - 9614

Oakhurst está equipado con servicios medicos que funcionan 12 horas al día. Si hubiera una emergencia y usted necesita visitor o llamar a su hijo(a) por favor notifique a Calvin Crest y a la escuela. Por nuestra parte haremos lo posible por hacer los arreglos necesarios de acuerdo a como la situación se presente.

El clima en Calvin Crest es realmente impredecible, por lo general por la noche y por la mañana hace frio. También en algunas ocasiones se presentan lluvia o nevadas. Por lo que, si es posible le pedimos que su hijo(a) traiga suficiente ropa calentita y zapatos en buenas condiciones. Por favor siga las instrucciones de la lista del vestuario y equipo sugerido. Tenemos botas de hule sin costo y un numero limitado de impermeables al precio aproximente de \$1.25 cada uno en nuestra tienda del alumno.

Calvin Crest tiene una pequeña tienda donde los estudiantes pueden comprar sodas, dulces, play-eras y otros artículos pueden ser comprados si la escuela se su hijo(a) decide tener la tiendita abierta. Le sugerimos que le

Durante cada día los estudiantes reciben por los menos cinco horas de clase. Experiencias educativas adicionales son integradas en el transcurso del programa. Esperamos ansiosos poder servir a usted y a sus hijos. Si tiene preguntas no dude en llamar a su escuela o a Calvin Crest se encuentra arriba.

Sincéramente

Joel Gist
Director de Educación al Aire Libre

EDUCACIÓN AL AIRE LIBRE CALVIN CREST
HOJA DE DATOS

Escuela _____ Maestra _____

Fechas de Asistencia _____

Hora de Salida _____

Hora de Regreso _____

Reunión con los Padres:

Fecha _____ Hora _____ Lugar _____

Otros _____

HOJA DE PERMISO PARA LOS ESTUDIANTES

Yo doy mi permiso para que _____

(Nombre del Estudiante)

Asista al campamento de Educación al Aire Libre Calvin Crest durante la semana del _____. Yo entiendo que el cobro será de \$_____ por estudiante para el programa de educación al aire libre.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

ESTA HOJA SE MANTENDRA EN LA ESCUELA



ESCUELA DE EDUCACION AL AIRE LIBRE CALVIN CREST

MÉDICO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Calvin Crest
 Conferences 45800 Calvin Crest Road Oakhurst, CA 93644
 (559) 683-4450 Fax (559) 683-7118 outdoored@calvincrest.com www.calvincrest.com

La información en este formulario será utilizada para ayudar al director y el personal. Su cooperación puede ayudar a asegurar una experiencia de calidad para todos los participantes. Sólo el personal tendrá acceso a esta información y no la compartiremos con otras personas.

Estudiante APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____
 GÉNERO M F FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ ESCUELA: _____

PADRE O TUTOR 1: _____ Relación: _____
 Información de contacto donde se le pueda localizar:
 Teléfono durante el día: (____) _____ Teléfono durante la noche: (____) _____ Móvil: (____) _____

PADRE O TUTOR 2: _____ Relationship: _____
 Información de contacto donde se le pueda localizar:
 Teléfono durante el día: (____) _____ Teléfono durante la noche: (____) _____ Móvil: (____) _____

EN CASO DE EMERGENCIA– si no puede ser contactado, por favor dénos el nombre de un amigo o familiar:
 Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono durante el día: (____) _____ Teléfono durante la noche: (____) _____ Móvil: (____) _____

LA SIGUIENTE PERSONA (S) ES / SON LEGALMENTE RESTRINGIDO DE VER ESTE ESTUDIANTE:
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

LA SIGUIENTE PERSONA (S) ES / SON LOS ÚNICOS (ADEMÁS DE LOS PADRES) PERMITIDO PARA RECOGER EL ESTUDIANTE DE CREST CALVIN

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____
MÉDICO (S): _____ Teléfono: (____) _____
 _____ Teléfono: (____) _____

Historia de Salud Por favor, adjunte una hoja separada para explicar con más detalle las condiciones y preocupaciones que podrían afectar a la salud del estudiante durante la semana de la escuela al aire libre. (Por favor, indique las fechas de aparición más reciente de todos los que se aplican.)

<u>ALERGIAS</u>	<u>ENFERMEDADES</u>	<u>PREOCUPACIONES</u>	
La Fiebre del Heno _____	Varicela _____	Infecciones del oído _____	Desorden de Coagulación _____
Plantas _____	Sarampión _____	Mononucleosis _____	Trastorno de la conducta _____
Insectos, abejas _____	Subeola _____	Problemas del corazón _____	Trastorno nervioso _____
Alimentos _____	Mumps _____	Convulsiones _____	ADD/ADHD _____
Ambiental _____		Diabetes _____	Hipertensión _____
Asma _____		Problemas menstruales _____	Otro _____
(Crónica ___ Estacionales ___ Inducida por el ejercicio ___)		Bronquitis _____	
Otro _____			

Traza un círculo alrededor de los síntomas de ataque de alergia pasado (los estudiantes pueden tomar Benadryl para la reacción alérgica sólo con orden escrita del médico):

Falta de aliento / urticaria / opresión en el pecho / estornudos, goteo nasal, enrojecimiento de los ojos
 Explicar todos los artículos marcados arriba: _____

Discapacidad, enfermedad crónica o recurrente, o enfermedad médica: _____
 Es un estudiante dependiente de la insulina para diabéticos? Sí No En caso afirmativo, el año diagnosticados: ____ El estudiante es capaz de dar sus propias inyecciones? Sí No

Considerado: frágil 1 2 3 4 5 Estable (Traza un círculo alrededor del número de grado de estabilidad)
 ¿El estudiante es capaz de calcular y de cambiar la dosis para compensar el ejercicio, etc.? Sí No

Historia de la Cirugía (incluya el tipo y la fecha): _____

Historia de hospitalizaciones (incluya el tipo y la fecha): _____

Historia de alergia a medicamentos (por favor incluya los medicamentos y la reacción): _____

Modificaciones dietéticas: _____ (Por favor comuníquese con la oficina si se necesita la dieta especial)

Restricciones Actividad / Limitaciones de Actividad: _____

Historia de Inmunización:

Última vacuna del tétanos (Dar las edades 5-14): (Mes y año) ____/____ Si todas las vacunas al actualizado? Sí No
 Si no, por favor, adjunte una explicación.

Medicamentos ¿Está el estudiante actualmente tomando algún medicamento? Sí No
 Todas las recetas y los medicamentos sin receta, incluyendo vitaminas y productos herbales deben entregarse al personal designado de la Escuela al Aire Libre a su llegada. (Un inhalador puede ser mantenido por los estudiantes con asma, si es necesario.) Las personas que requieren inyecciones deben proporcionar medicamentos, jeringas, y las instrucciones por escrito firmado por el médico. Esta información se mantendrá confidencial.

Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y productos herbales, presentada sin orden escrita del médico NO PUEDE ser dada a los estudiantes de Calvin Crest. Sólo la medicación correctamente prescrita para el estudiante se le dará a él / ella. Todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas, y productos a base de hierbas deben estar en envases originales con las etiquetas y las instrucciones de dosificación. NO ENVÍE una semana de suministros de medicamentos en una bolsa.

Los Medicamentos Actuales	Dosis (mg) / Frecuencia	Tipo de la Enfermedad en Tratamiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si hay más de tres medicamentos que se están utilizando, por favor, adjunte una hoja separada. Si esta información cambia antes de llegar a la Escuela al Aire Libre, por favor, informa Calvin Crest de los cambios.

Otra Información

Para ayudarnos a tratar con mucho tacto con los estudiantes, por favor, háganos saber si su hijo: Moja la cama Es sonámbulo Tiene problemas para con dormir Es propensa a la nostalgia Ha tenido cambios recientes / trauma que pueden impactar bienestar emocional, físico o mental? No Sólo para mujeres: ¿Ha comenzado a menstruar? Sí No Si es así, es la historia menstrual normal? Sí No Si no, ella entiende la situación? Sí No

Explicar los elementos marcados: _____

DECLARACIONES DE LOS PADRES, EL PERMISO Y LIBERACIÓN

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento informado para el personal de primeros auxilios asignados por Calvin Crest que están certificados en un mínimo de RCP y primeros auxilios por un proveedor reconocido a nivel nacional, de conformidad con ACA estándar HW-1 para proporcionar los primeros auxilios y medidas de alivio a través de procedimientos normalizados de campo de tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad hacer los arreglos para un estudiante con mayores necesidades de atención de la salud que el personal de primeros auxilios puede proporcionar dentro de sus certificaciones individuales, licencias, y los alcances de la práctica. Yo autorizo a Calvin Crest para organizar o facilitar el transporte necesario para la instalación médica más cercana para recibir tratamiento de emergencia o urgencia médica si está indicado, y que asumo toda la responsabilidad por el pago de dicho tratamiento. Por la presente autorizo al médico seleccionado por Calvin Crest para asegurar y administrar todos y cada uno se considera necesario el tratamiento médico para mi hijo, incluyendo la hospitalización. Este formulario puede ser fotocopiado para los viajes fuera de los propiedades de Calvin Crest.

Yo autorizo el uso de los siguientes medicamentos genéricos, de venta libre según las indicaciones de las etiquetas proporcionadas por el fabricante y la Escuela al Aire Libre personal designado proporcionar procedimientos normalizados para mi hijo: crema antibiótica, crema de hidrocortisona, crema para quemaduras, vaselina, agrietados la piel / el tratamiento de labios, la piel un antiséptico y limpieza de la herida, bálsamos y geles analgésicos, con la excepción de _____.

Entiendo que estos son almacenados y distribuidos por el personal de primeros auxilios de forma gratuita, según sea necesario para la comodidad de mi hijo. He pedido Calvin Crest para permitir que mi hijo participe en todas las actividades que pueden incluir, pero no se limitan a las mencionadas en la presentación de la escuela. Como condición para recibir este beneficio, me comprometo a lo siguiente: Entiendo que la participación de mi hijo en estas actividades pueden exponer a él / ella a los peligros tanto de los riesgos conocidos y anticipados. Reconociendo que esos riesgos existen, yo, en nombre de mí mismo, mi hijo y cualquier otra parte que puede tener el derecho de hacer valer ningún derecho para o en nombre de mi hijo, por la presente y para siempre libero y descargo, indemnio y mantengo indemne a Calvin Crest, su afiliados, funcionarios, directores, agentes, empleados, aseguradores, sucesores en interés, abogados, o cualquier otra persona o personas asociadas a cualquiera o todos ellos, que podría ser responsable (las "Partes Liberadas") de y contra cualquier y todo reclamo, causas de acción, acciones, demandas, demandas, pérdidas, daños, gastos, costos o responsabilidad (colectivamente, "las pérdidas") que surja de o en relación con la participación de mi hijo en Calvin Crest Escuela al Aire Libre y sus actividades, incluidas las pérdidas derivadas de la negligencia de cualquiera de las Partes de lanzamiento, si tales pérdidas se plantean en relación con las lesiones corporales (incluyendo muerte), daños materiales o de otro tipo (colectivamente, los "Demandas"). Las demandas de lanzamiento incluyen las pérdidas derivadas de cualquier estado de los locales en los que las actividades del campamento se llevan a cabo o la conducta de cualquier persona en relación con la preparación, supervisión, o realización de cualquier actividad, ya sea planificada o no planificada.

Doy permiso para el uso de imágenes y grabaciones de audio o de video, incluyendo a mi hijo o artículos escritos por mi hijo para ser utilizado en la publicidad como la página web de Calvin Crest, sitios de Internet, boletines, folletos o la promoción o la presentación de informes Calvin Crest.

Además, entiendo y reconozco que hacen de esta versión en pleno acuerdo y satisfacción de y en el compromiso de todas y todos los reclamos de lanzamiento. Yo represento y reconozco que he leído y entiendo esta forma y el levante concedido, por encima y garantiza que todas las declaraciones hechas en este documento son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento.

Yo seré responsable de notificar a Calvin Crest de cualquier información nueva medicina con respecto a este estudiante de aquí a principios de Escuela al Aire Libre. Me doy cuenta de que si los medicamentos de mi hijo cambia de aquí a la fecha de la Escuela al Aire Libre, que es mi responsabilidad de informe a Calvin Crest.

Entiendo que Calvin Crest está situado en una remota región montañosa y que la atención de emergencia, incluso en ambulancia, puede tardar hasta 90 minutos. El estudiante arriba mencionado no tiene condición actual que garantiza más la atención médica de emergencia.

Si el medicamento está involucrado, voy a instruir a mi hijo a tomar la responsabilidad de asistir a las horas programadas para este fin.

Entiendo que Calvin Crest no asume ninguna responsabilidad para los estudiantes que salen del campus de Calvin Crest por cualquier otra razón que las actividades programadas.

He leído y entendido este formulario completo y a firmar a continuación doy acuerdo con los términos aquí.

Firma del padre o tutor legal _____ **Fecha** _____

Para NO otorgar su consentimiento para el tratamiento

Yo no doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia para mi hijo. En el caso de cualquier lesión o enfermedad que requiera tratamiento de emergencia, deseo que el personal de la escuela al aire libre tome ninguna acción, (o siga las instrucciones siguientes) _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre (con letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Información de Seguros ¿Está el estudiante cubiertos por el seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, el nombre de Compañía de Seguros: _____ Nombre del asegurado: _____

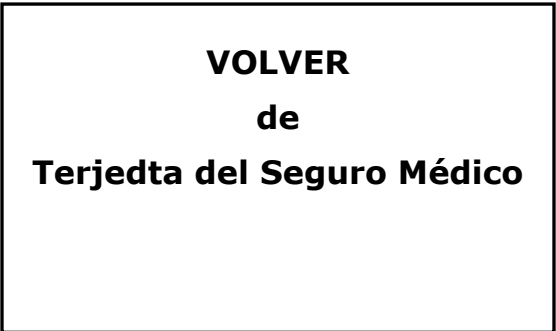
Título de la póliza ID: _____ Fecha de nacimiento de política titular: ___/___/___ Relación con el estudiante: _____

Dirección Política de Titular: _____ Teléfono: (____) _____

Seguro de Identificación del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Si es necesario para el tratamiento, indique el número de teléfono pre-autorización: _____

Por favor, facilite una copia de la tarjeta de estudiante de seguro de salud - anverso y reverso - cortar y unir con cinta adhesiva. No hay grapas, por favor.



ORDENES DE MÉDICO PARA MEDICAMIENTO EN LA ESCUELA AL AIRE LIBRE CALVIN CREST

Calvin Crest Outdoor School 45800 Calvin Crest Road Oakhurst, CA 93644(559) 683-4450 ext. 221 outdoored@calvincrest.com

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre de Escuela: _____

Estimados Padres o Tutores:

El código educative sección 49423 manda ciertos requisitos para la administración de medicamentos, "... cualquier estudiante que es requerido tomar, durante el día escolar regular, medicamento mandado por un médico, puede ser asistido por la enfermera escolar o cualquier otro personal escolar designado si el distrito escolar recibe (1) un dato escrito por tal medio diciendo en de talle el metodo, cantidad, y horario en que tal medicamento serán tomados y (2) un dato escrito departe del padre o tutor del estudiante indicando el deseo que el distrito escolar ayude al estudiante en el modo establecido por el dato del medico."

A. ORDENES DE MÉDICO

Condición para que la medicación será dado: _____

Medicamento	Dosis	Metido de Administración	Hora(s) de Administración

***Por favor, si otros medicamentos serán dado, marque aquí , y descríbe en el reverso de esta hoja.

Específicamente el tipo de reacción, o otro serias concideraciones sobre medicamentos: _____

Para ASTHMA INHALADOR SOLO: Estudiante puede traer el inhalador y medicarse: Si No

B. FIRMA DE MÉDICO: _____ FECHA: _____

Nombre de Médico (Por Favor Impreso)

Teléfono

C. PETICION DE PADRES

Pedimos que las medicinas estén dados en la escuela al aire libre calvin crest en el manera dicho por dato escrito del médico. Autorizo/amos la escuela Calvin Crest para administrar le medicación. En caso de una reacción mala, es entendido que el personal de la escuela al aire libre no será responsable por haber cumplido con esta petición. Damos el permiso de la escuela CC para comunicar y para intercambiar la información médica con respecto a la medicación.

Entiendo/entendemos que los estuiantes deben traer cada medicación en el envase original del farmacia y que el envarse debe indiguar el nombre del niño/a, ell nombre de la medicina, la dosis, la ruta, la hora de administración, y el nombre del doctor que prescribe la medicina. Si es una medicina sin prescripción debe estar en el envase original.

Entiendo que la medicinas no se pueden dar a los estudiantes a menos que las escuela CC haya recibido el siguiente: a) órdenes actuales del doctor, b) firma de padre o persona responsable del niño,, c) la medicina con una etiqueta apropiada.

Fecha: _____ Firma de Padre/Tutor: _____

EDUCACION AL AIRE LIBRE CALVIN CREST

LISTA DEL EQUIPO Y VESTUARIO SUGERIDO

Que llevar a Calvin Crest:

- Bolsa de dormir (o sábanas y 2 cobijas) y una almudada
- Zapatos (por los menos dos pares, tenis son recomendados) Si el tiempo está frío o mojado recomendamos botas
- Calcentines (gruesos mínimo cinco pares, o más)
- Pantalones recistentes (se recomienda mezclilla, 3 pares o más, pantalones cortos [shorts] no son permitidos durante las horas de clase)
- Ropa calentita (las noches pueden ser frías)
- Ropa interior
- Chamarra calentita
- Sudadera/sweater
- Toalla y toallita para lavarse
- Artículos sanitarios (jabón, cepillo de dientes, past dental, etc.)
- Artículos para la lluvia (botas de plástico, impermeable son recomendados, botas de goma están disponibles sin costo; los impermeables están disponibles a nuestro costo a \$1.25)
- Lentes de Sol
- Crema para los labios
- Botella de agua de plástico
- Lápiz (1 - 2)
- Una bolsa de plástico para la ropa sucia

Lo que es opcional traer a Calvin Crest:

- Cámara con rollo (si no es cámara digital)
- Lámpara con baterías en buen estado
- Dinero para gastar (si la tienda está abierta) Sugerimos que usted compruebe nuestro web para saber si hay los precios de varios artículos.
- Gorra o visera
- Guantes/Mitones
- Materiales de escritura (papel, lápiz, lapicero, estampilla del correo sobres, etc.)
- Paraguas para los días lluviosos
- Secadoras de pelo son aceptables, no tenazas de pelo - debido al peligro de incendio
- Reloj o despertador
- Binoculares

Lo que NO DEBES TRAER a CALVIN CREST:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tocadores de discos compactos, MP3 o iPod, radios | <input type="checkbox"/> Juegos electrónicos |
| <input type="checkbox"/> Goma de mascar dulces, comida de ningún tipo | <input type="checkbox"/> Navajas, armas de ninguna clase |
| <input type="checkbox"/> Sandalias | <input type="checkbox"/> Cosas de valor |
| <input type="checkbox"/> Tabaco, drogas, bebidas alcohólicas (*lea abajo) | <input type="checkbox"/> Teléfonos celulares |
| <input type="checkbox"/> Cuchillos de bolsillos, <u>ARMAS DE NINGUNA CLASE</u> (*lea abajo) | |

*SI CUALQUIERA DE NUESTROS ESTUDIANTES O LIDERES es sorprendido con armas o sustancias ilegales en su posesión, el arma o la sustancia será confiscada; el Departamento del Sheriff del Condado de Madera será notificado; el individuo podría ser arrestado y procesado – ya que es contra la ley cargar armas o sustancias ilegales en edificios escolares; el individuo será removido de Calvin Crest.

* Todo el vestuario y el equipo debe ser marcado con el nombre del estudiante. El clima en Calvin Crest es impredecible cambios de días tibios y soleados a noches muy frías. En algunas ocasiones durante nuestra estancia en Calvin Crest hemos tenido lluvias y nevadas. Ya que pasamos buena parte al aire libre durante estos días, es importante que el estudiante esté preparado.