

LA ESCUELA DE CIENCIA AL AIRE LIBRE DEL CONDADO DE SANTA CRUZ

GUIA PARA LOS PADRES/CUSTODIOS

Bienvenidos a la Escuela de Ciencia al Aire Libre del Condado de Santa Cruz, una escuela sin paredes ni mesabancos, patrocinado por el Ministerio de Educación del Condado de Santa Cruz. La experiencia de la Escuela de Ciencia al Aire Libre se ofrece a cada alumno de 5º o 6º año acompañado por su maestro/a quienes se hospedan en el sitio durante cuatro o cinco días.

Las clases se llevan a cabo en el bosque, al lado del riachuelo, dentro del chaparral o en la pradera. Para aprender, utilicen lo que es más disponible: los cinco sentidos. El enfoque en esta experiencia práctica es en la ciencia de ecología: la relación entre los seres vivos y el medio ambiente. A base del entendimiento de los conceptos ecológicos básicos se espera que nazca un interés profundo junto con un sentido de responsabilidad para el medio ambiente.



El Curso de Estudios

El curso de estudios del programa de la Escuela de Ciencia al Aire Libre está alineado con los Estándares de ciencia del estado de California. Trabajamos juntos con los maestros del salón antes de que lleguen a la Escuela de Ciencia y utilizando nuestro guía de estudios apoyamos a los estudiantes aprender antes y también después de asistir. Nos enfocamos en los conceptos de adaptación, ciclos, diversidad, comunidad, energía, cambio e interdependencia.

El Aspecto Social

El segundo, e igual de importante, resultado del programa se halla en su aspecto social. Damos énfasis en los tres "R"s: el respeto, la responsabilidad y la confiabilidad (reliability) por medio de compartir los deberes y vivir juntos en grupos pequeños. El vivir juntos en las cabañas les da la oportunidad de formar amistades y resolver conflictos en cuanto ocurran. Las amistades que se forman durante esta semana pueden durar toda la vida. Animamos a los estudiantes a entender el valor de mantener una actitud positiva y poder adaptarse a nuevos ambientes y circunstancias.

¿Cómo se organiza la escuela?

El Ministerio de Educación del Condado de Santa Cruz es responsable por la administración de la Escuela de Ciencia al Aire Libre. Koinonia Conference Center es a la vez el nombre de la organización y el sitio donde se lleva a cabo el programa; se contrata con Koinonia para proveer el lugar, el mantenimiento, el personal de la cocina y el del curso de sogas. El personal instruccional del Ministerio de Educación del Condado incluye las especialistas en educación al aire libre (los llamados Naturalists) quienes trabajan con los estudiantes. El personal instruccional trabaja bajo el liderazgo del director de la Escuela de Ciencia al Aire Libre para proveer una experiencia positiva de aprender y vivir. Otra ventaja del programa es la oportunidad que ofrece a los estudiantes de la secundaria para recibir un entrenamiento supervisado en liderazgo y servicio a la comunidad por medio de su papel de líderes de cabaña.

Personal y Líderes de Cabina en la Escuela de Ciencias

El personal de la Escuela de Ciencias al Aire Libre es cuidadosamente entrevistado, referenciado y revisado por antecedentes. Cada naturalista es un graduado universitario y certificado en primeros auxilios salvajes y RCP. Son orientados a la seguridad, positivos, entusiastas, y saben cómo hacer que el aprendizaje sea divertido para su hijo/a. Los líderes de la cabina son voluntarios entrenados de la secundaria. Trabajan bajo la supervisión del personal de la Escuela de Ciencias al Aire Libre. El proceso de selección del líder de la cabina requiere buena reputación académica e incluye una solicitud, una carta de recomendación y firmas de maestros, consejeros y directores indicando la preparación para el liderazgo. Una entrevista grupal extendida se lleva a cabo durante el entrenamiento de liderazgo la noche anterior a la llegada de los estudiantes del quinto y sexto grado. El entrenamiento del líder de la cabina incluye (pero no se limita a) la disciplina positiva, la prevención del abuso y la gestión del riesgo.

La Comida

Mientras que participe en nuestro programa su hijo/a comerá alimentos sabrosos y nutritivos. Los niños sirven a sí mismo durante las cenas al estilo familiar en nuestro amplio comedor y se animan a comer cuanto quieran. Nuestros cocineros son practicados en preparar y servir comidas balanceadas y en asegurar que se cumplen con las necesidades de su hijo/a. También pueden cumplir con las necesidades de dietas especiales si se avisan con anticipación.

El Alojamiento

Los estudiantes quedan en dormitorios que tienen alfombra y calefacción junto con 10 – 14 compañeros. Las camas tienen colchones. Cada cabaña tiene un baño con una ducha privada. Los estudiantes tienen el deber de limpiar su cabaña diariamente. Un líder de cabaña o más se alojara con los estudiantes. Los maestros del salón se quedan en cabañas cercanas.

Seguridad del Estudiante

La Escuela de Ciencias al Aire Libre tiene políticas claras y procedimientos practicados que abordan la seguridad física y emocional de los estudiantes. Los miembros del personal participan en una amplia capacitación que incluye (pero no está limitada a) Procedimientos de Emergencia, Disciplina Positiva, Reporte Obligatorio y Prevención de Abuso. Nuestras reglas de privacidad de la cabina se comparten con los estudiantes el día de llegada y se publican en cada cabaña, visible para todos, para asegurarse de que todo el mundo tiene una comprensión clara de las reglas y límites apropiados en un ambiente de vida compartido. Nuestra actividad rutinaria de "escritura rápida" dos veces al día permite a cada estudiante la oportunidad de comunicar cualquier preocupación por escrito y confidencialmente a su maestro naturalista y / o al salón cada mañana y noche. Si tiene preguntas o desea más información sobre los detalles de nuestras políticas y procedimientos, llame al director al 831-466-5715.

Roble venenoso y garrapatas

Roble venenoso (parecido a zumaque e hiedra venenosa) está presente cercano a nuestros caminos. Si los estudiantes siguen nuestra regla de "seguir el camino" es improbable que encuentren roble venenoso. Los Naturalists examinan la zona antes de permitir los estudiantes dejar el sendero. Si su hijo/a tiene una alergia fuerte a roble venenoso, favor de indicarlo en el formulario de registración. Tenemos solución Tecnu en la Oficina de Salud en el caso de un estudiante encuentre roble venenoso.

Las garrapatas también están presentes en el bosque. Con poca frecuencia, se encuentra una en la ropa o la piel de un estudiante. Con este motivo, cuando llegan el primer día damos instrucciones a los estudiantes como hacer su propio chequeo de la ropa y el cuerpo, y les recordamos hacerlo cada noche y mañana. En el caso de que un estudiante encuentre una garrapata en la piel, el supervisor de la salud la sacará y guardarla para mandarla a la casa con el estudiante a final del programa. También informamos los padres.

Cuidado de la salud

Un supervisor de la salud es presente las 24 horas al día mientras que su hijo/a participe en la Escuela de Ciencia. Si un niño se enferma hasta el punto de no poder participar en las actividades, se avisarán a los padres para venir a recogerlo/a. En caso de emergencia, o si su hijo se lastime, les avisaremos de inmediato. Cuidado de emergencia de paramédicos puede llegar en minutos desde la cercana central de bomberos CDF. En el caso de que no sea posible ponerse en contacto con los padres, se proporcionará tratamiento médico de acuerdo con los formularios que firman para matricularse a su hijo/a. Por favor, llenen todo formulario médico cuidadosamente y completamente con tinta.

Medicamentos

Para que su hijo reciba cualquier medicamento en la Escuela de Ciencias al Aire Libre, debe completar y firmar el formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos en este paquete. Si su hijo/a toma medicamentos regularmente (la receta y / o el medicamento de venta libre no aparece en el formulario), el médico de su hijo también debe completar y firmar el formulario. TODOS los medicamentos enviados con su niño/a deben estar en el CONTENEDOR ORIGINAL (incluyendo sobre el mostrador). No se pueden administrar medicamentos en cajas de píldoras. Los envases con receta deben tener la etiqueta de la receta original que sea legible e incluya la siguiente información:

1. NOMBRE DEL ESTUDIANTE
2. NOMBRE DEL MÉDICO
3. NOMBRE DE LA MEDICACIÓN
4. DOSIS (cuánto y cuándo)

La información y las instrucciones en la etiqueta de la receta deben coincidir con las órdenes escritas del médico en el formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos.

Extrañar la familia

Mientras la mayoría de estudiantes sienten contentos fuera de casa, algunos pueden pasar ansiedad y extrañar la familia. El personal de la escuela es cariñoso y respetuoso y recibe capacitación para ayudar a los estudiantes que extrañan la familia. El personal trabaja juntos con los maestros y el líder de cabaña para apoyar el estudiante. Si un estudiante extraña la familia, no llamamos a los padres directamente. Los estudiantes que extrañan la familia tienen más éxito cuando puedan enfocar en las actividades del grupo, en vez de la casa. Según nuestra política, en casos extremos la administración puede llamar los padres para informarles que su hijo/a extraña la familia y repasar el plan de apoyo. Si usted preve que su hijo/a va a extrañar la familia, nos puede llamar para organizar una visita al campus antes del programa.

El almuerzo el primer día

Favor de mandar a su hijo con una bebida y un almuerzo para comer durante el primer almuerzo en la Escuela al Aire Libre. Las comidas que contengan cacahuates no son permitidas. No deben traer ninguna otra comida a menos que haya alguna necesidad médica. Pedimos que los estudiantes no mantengan ninguna comida dentro de su cabaña debido a los problemas que puede causar con insectos o ratones.

Transportación

Cada escuela hará los arreglos para transportar a los estudiantes de ida y vuelta. Comuníquese con su escuela para averiguar a qué hora deben llegar el primer día y a qué hora van a regresar el último día de la Escuela de Ciencia.

Cartas de la casa

Los niños siempre aprecian las cartas placenteras de la casa, que son del estilo general (sin malas noticias, por favor). Mande las cartas con tiempo (el sábado antes de que empiece el programa sea ideal) para asegurar que lleguen para el martes o miércoles. Favor de no mandar paquetes, comida, chicle o dulces. Se distribuyen las cartas a los estudiantes cada mañana durante el desayuno. Las cartas que llegan después de su hijo/a se ha ido, serán marcada "Return to sender" y devuelto a la dirección del remitente.

Deben dirigir las cartas así:

Dirección del remitente	
Escuela del niño	Nombre del estudiante Santa Cruz County Outdoor School 1605 Eureka Canyon Road Watsonville, CA 95076

Favor de dirigir las llamadas durante la semana del programa a nuestra oficina del sitio Koinonia (831) 722-8222. Si no contestan allí llamen al Ministerio de Educación del Condado de Santa Cruz (831) 466-5715.

Camisetas y sudaderas

Por favor recuerda de revisar el formulario de ordenar desde la tienda de la Escuela de Ciencia si quiere comprar algo para su hijo/a. Si va a comprar algo, debe ordenarlo de antemano. Vea el formulario adjunto. Favor de no mandar dinero en efectivo con su hijo/a. Comuníquense con el maestro/a de su hijo/a para más información. Todo cheque escrito para ordenar artículos de la tienda debe nombrar de recipiente el Santa Cruz County Office of Education.

Un día típico

7:00 AM---Levantarse, ducharse, limpiar la cabaña
7:50-----Honores a la bandera/poner la mesa
8:00-----El desayuno
9:15-----Estudio en el campo
11:45-----Poner la mesa
12:00-----Almuerzo
12:45-----Descanso
1:15PM----Estudio en el campo o curso de sogas

4:30---Preparación de canción/rap/poema
5:00----En la cabaña
5:20----Honores a la bandera
5:30----Cena
6:15---Reunión de la clase
7:30---Actividad
9:00---Regresar a la cabaña
9:20---Luces apagadas

Más información

Visite nuestra página web a www.osp.santacruz.k12.ca.us y vea la presentación para los padres a <https://youtu.be/m9XDEwZyeoE> (inglés) o <https://youtu.be/kTUhE35zGDc> (español).

Procede hacia el sur en la Autopista 17 hasta la Autopista 1. Continúa hacia el sur hasta la salida de Freedom Blvd. Dobra a la izquierda cruzando arriba de la autopista. Continúa aproximadamente 5 millas hasta Corralitos Road. Dobra a la izquierda y procede 1.5 millas hasta el letrero de Alto. Revisa el odómetro. Koinonia se encuentra 5.2 millas más adelante en Eureka Canyon Road. Estamos a mano izquierda encima de un caminito empinado. Hay un letrero en la entrada.

Dirección: 1605 Eureka Canyon Rd
Watsonville, CA 95076

Tel. (831) 722-8222

Santa Cruz County Office (831) 479-5327

Página web: <http://www.osp.santacruz.k12.ca.us>



Lista para hacer la maleta

Se recomiendan llevar los artículos marcados con asterisco (*), pero no son obligatorios.

Para Dormir

- _____ Bolsa de dormir/ o 2 o 3 cobijas
- _____ Almohada (opcional)

Artículos personales

- _____ 2 toallas y una toallita
- _____ Cepillo para los dientes y pasta dentífrica
- _____ Peine/cepillo para el pelo
- _____ Jabón y una cajita para el jabón
- _____ Champú
- _____ Ungüento para los labios*
- _____ Kleenex*
- _____ Desodorante*
- _____ Crema solar*

Útiles

- _____ Bolsa para la ropa sucia (Una grande de plástico está bien)
- _____ Cámara con película* Se recomienda cámaras desechables, ponga su nombre
- _____ Mochila*
- _____ Linterna*
- _____ Botella de agua (esencial)
- _____ Papel, pluma/lápiz, sellos postales, sobre que ya lleva dirección*
- _____ Diario o cuaderno pequeño

Ropa

- _____ Ropa interior (4)
- _____ Calcetines – 8 pares
- _____ Pijama (para adentro de la cabaña solamente)
- _____ Pantalón de mezclilla (o parecido) 2-4
- _____ Camisas de manga corta y larga – 4 en total
- _____ Suéter o sudadera
- _____ Chamarra y gorra
- _____ Guantes
- _____ Gorra (Para el frío)
- _____ Chanclas (Para la ducha)

Contra la lluvia

- _____ Impermeable o poncho

El clima no se puede predecir y puede que necesita el impermeable en cualquier momento del año.

Favor de NO TRAER lo siguiente:

- | | | |
|--|--------|-----------------------|
| Teléfono celular (No se permite usar la cámara del teléfono.) | Comida | iPod/ aparato MP3 |
| Navajas | Dulces | Productos con aerosol |
| Secadoras de pelo | Chicle | Radios |
| Plancha rizador | Dinero | Equipo de pesca |
| Rociador del pelo (Gel está bien) | | Juegos electrónicos |
| Cualquier artículo que usa electricidad con la excepción de linternas, reloj y cámaras | | |

Para evitar la pérdida de ropa y otros artículos favor de poner su nombre en toda cosa.

Código de vestir: Ropa adecuada para experiencias al aire libre; el pecho, el torso y la ropa interior deben estar cubiertos; la ropa transparente no está permitida. * Se requieren pantalones largos y zapatos cerrados. * No atuendo relacionado con pandillas * No cadenas colgando de los pantalones

Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz
FORMA DE REGISTRACION Y SALUD DEL ESTUDIANTE

Por Favor Letra de Molde

Apellido del/la Estudiante	(Nombre)	Hombre / Mujer	Fecha de Nacimiento
Escuela	Distrito	Maestro/a	
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(código postal)	Teléfono de Casa ()
Padres/Guardián #1 Nombre	Teléfono del Trabajo ()	Teléfono Celular ()	
Padres/Guardián #2 Nombre	Teléfono del Trabajo ()	Teléfono Celular ()	
Nombre del Seguro Médico Familiar:	Grupo #	I.D. #	
Nombre del Doctor Familiar			Teléfono de su Medico ()

PERSONAS QUE CONTACTAR EN CASO QUE NO SE PUEDAN LOCALIZAR LOS PADRES EN UNA EMERGENCIA

Nombre	Relación con el/la Estudiante	Teléfono de Casa ()	Teléfono Celular ()
Nombre	Relación con el/la Estudiante	Teléfono de Casa ()	Teléfono Celular ()

INFORMACIÓN DE SALUD DEL/LA ESTUDIANTE

¿Tiene el o la estudiante un historial reciente de cualquiera de las siguientes condiciones? Favor de marcar todas las opciones correspondientes y explicar brevemente enseguida.

A <input type="checkbox"/> ADHD o Déficit de atención con Hiperactividad	J. <input type="checkbox"/> Desmayos
B Alergias	K. <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Piquetes de Abeja/Mordeduras de Insectos (circule)	L. <input type="checkbox"/> Nostalgia Hogareña
<input type="checkbox"/> Alimentos	M. <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales
<input type="checkbox"/> Fiebre al Heno	N. <input type="checkbox"/> Huesos Fracturados Recientemente o Cirugía
<input type="checkbox"/> Medicamentos	Parte del Cuerpo afectada _____
<input type="checkbox"/> Otra (favor de explicar en el espacio de abajo)	Fecha de Lesión o cirugía _____
<input type="checkbox"/> Anafilaxia a cualquiera de las alergias mencionadas	Actividades Restringidas _____
C <input type="checkbox"/> Asma	_____
D <input type="checkbox"/> Moja la Cama (favor de mandar cobijas extras)	O. <input type="checkbox"/> Resfriado o enfermo/a (por favor explique)
E <input type="checkbox"/> Problemas intestinales	P. <input type="checkbox"/> Restricción de actividades extenuantes (senderismo, juegos de correr, etc.)
F <input type="checkbox"/> Diabetes	Q. <input type="checkbox"/> Sonámbulo
G <input type="checkbox"/> Epilepsia o trastorno convulsivo	R. <input type="checkbox"/> Dieta Especial Requerida (por ejemplo vegetariano, no puerco, vegano, por favor explique)
H <input type="checkbox"/> Se ha expuesto a cualquier enfermedad contagiosa en el último mes (por ejemplo, viruela, sarampión, etc.)	

Brevemente explique todas las opciones que selecciono (refiérase a cada opción por la letra precedente) y explique cualquier otra condición de salud no mencionada en la lista anterior (use papel adicional si le es necesario).

1. Sí No ¿Toma su hijo/a cualquier tipo de prescripción o medicina regularmente? Si la respuesta es sí por favor provéanos con las información pertinente en la forma del médico familiar y la autorización de los padres para administrar medicación. **Tenga en cuenta que la firma de un médico en la parte posterior de esta página es requerida para los medicamentos de prescripción.**

CONSENTIMIENTO MEDICO DE PADRES/GUARDIANES

_____ (nombre del niño o niña) tiene mi permiso para participar en la escuela de Ciencias al aire libre del Condado de Santa Cruz en conjunto con su programa escolar regular. Mi hijo o hija está en buen estado de salud como ha sido indicado y yo acepto responsabilidad financiera por la asistencia de mi hijo o hija. Por la presente autorizo el uso de atención médica y/o quirúrgica que tuviera que facilitársele a mi hijo o hija en el improbable caso de una emergencia que pueda ocurrir durante el transporte hacia y desde la escuela de ciencias al aire libre y/o durante su participación en la misma. (En Caso de emergencia, el padre/madre o guardián será notificado lo antes posible). Como esta mencionado en el Código Educacional de California en la Sección 35330, entiendo que estoy liberando a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz, sus oficiales, agentes, y empleados libres de toda y cualquier responsabilidad o reclamación que pueda surgir de o en la participación de mi hijo o hija en la Escuela de Ciencias al Aire Libre. Entiendo plenamente que los participantes deben de cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante todas las actividades. Cualquier violación de estas normas y reglamentos puede resultar en que el individuo que las rompa sea enviado de regreso a casa a expensas de su padre/madre o tutor. No habrá reembolsos para los estudiantes que salgan de la escuela de Ciencias al Aire Libre antes de tiempo debido a problemas de disciplina. Es la responsabilidad del Padre/Madre o Guardián recoger al estudiante que sea mandado a casa antes de tiempo por cualquier motivo. Por la presente autorizo a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz a obtener el permiso total y absoluto para tomar o contratar a otros para tomar fotografías o videos de mi hijo/a. Dichas fotografías o videos pueden ser publicados en cualquier medio por la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz con fines educativos y/o de información pública sin compensación ni responsabilidad por dicho uso. Si no desea que su hijo/a sea incluido en tales videos o fotos, es su responsabilidad comunicarse con la Escuela de Ciencias al Aire Libre a más tardar 2 semanas antes de la participación de su hijo al 831-466-5715.

FIRMA DE PADRES/GUARDIAN OFICIAL _____ **Fecha** ____ / ____ / ____



Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO



Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
---------------------------------	----------	---------------------

Los medicamentos de venta libre (OTC) que se enumeran a continuación o sus equivalentes genéricos son proporcionados por OSS. Por favor indique abajo, si su hijo/a tiene o no el permiso para recibir los medicamentos listados.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <u>ANALGESICOS</u>
Advil/Ibuprofen
Tylenol (LIQ&TAB) | <u>RESFRIADO /CONGESTION/ ALERGIA</u>
Benadryl (LIQ&TAB)
Robitussin DM Cough & Congestion
Pastillas para la tos | <u>ESTREÑIMIENTO/ DIARREA</u>
Leche de Magnesias
Immodium | <u>PIEL</u>
Neosporin
Benzocaine
Locion de Calamina
Crema de hidrocortisona |
| <u>INDIGESTION</u>
Tums
Pepto Bismol | <u>BOCA</u>
Chloraseptic | | |

Se le pueden dar a su niño los medicamentos mencionados arriba si es necesario? **SI** (Se requiere su firma abajo) **NO**

TODOS los demás medicamentos enviados con su niño/a, tanto con receta como sin receta médica, deben estar en el **CONTENEDOR ORIGINAL** y autorizados por su médico. El contenedor debe estar claramente etiquetado con la siguiente información

1. NOMBRE DE ESTUDIANTE
2. NOMBRE DEL MÉDICO (sólo medicamentos recetados)
3. NOMBRE DE MEDICAMENTO
4. DOSIS (cuánto y cuándo)

Por favor, empaque lo suficiente para 2 días adicionales en caso de emergencia, pérdida accidental o daño. Es importante que los estudiantes continúen tomando sus medicamentos mientras están en OSS. Los medicamentos se debe dar al maestro de la clase de su niño para la entrega al supervisor de la salud de OSS. **NO** empacar el medicamento en el equipaje de su hijo.

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO DEL ESTUDIANTE: Medicamentos enviados desde casa para ser administrados en OSS:

Nombre de el Medicamento	Dosis (e.g. 1 Tab, 10mg)	Ruta (Oral, inhalación, tópica)	Schedule					Condiciones por la cual medicamento es administrado
			Desayuno	Almuerzo	Cena	Hora de Dormir	Otro	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Comentarios:

Para estudiantes con asma o alergias severas, por favor indique si tienen su permiso para llevar su inhalador y / o epi-pen en su persona y usar según sea necesario mientras asisten a la Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz.

- SI**-Este estudiante tiene mi permiso para llevar su inhalador y / o epi-pen en todo momento.
 NO-Este estudiante no puede llevar su inhalador y / o epi-pen. Su medicamento debe estar con un adulto guardián en todo momento.

Autorización del Médico: El estudiante mencionado anteriormente para quien se prescriben los medicamentos en este formulario está bajo mi cuidado.

Nombre de Medico: _____ **Número de teléfono:** _____ **Domicilio:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorización de los Padres:

La Junta de Educación reconoce que algunos estudiantes pueden necesitar tomar medicamentos prescritos o de venta libre durante su estadía en la Escuela de Ciencias al Aire Libre (OSS). El Supervisor de Salud, u otras personas designadas por la administración, ayudarán a estos estudiantes a tomar sus medicamentos. OSS no está legalmente obligado a administrar medicamentos a los estudiantes que participan en el programa. Sin embargo, a petición del padre / tutor legal, con autorización apropiada, OSS administrará la medicación en un esfuerzo para llevar a cabo los deseos del padre / tutor legal y las recomendaciones de un médico. Solicito que mi hijo sea asistido por personas autorizadas para tomar los medicamentos descritos arriba mencionados en la Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz, de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos. Entiendo que la medicación puede ser dispensada por alguien que no sea una enfermera registrada. Yo acepto que la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz y sus funcionarios, agentes y empleados sean inocentes de toda responsabilidad que pueda derivarse del desempeño de SCCOE bajo este acuerdo.

Firma de los Padres: _____ **Fecha:** _____

<u>Lista de verificación</u> (Asegúrese de lo siguiente antes de devolver este formulario)	
<input type="radio"/> Los medicamentos están en sus envases originales <input type="radio"/> Medicamentos dentro de una bolsa con cerradura de tamaño galón	<input type="radio"/> Los medicamentos no han expirado <input type="radio"/> Los padres / tutores (y el médico para medicamentos recetados) han firmado este formulario

Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz

Forma de Necesidades especiales de Nutricion

(Si su hijo/a es vegetariano o vegano , y no tiene otras restricciones de alimentos , no llene este formulario. Favor de indicar estas necesidades dietéticas en el formulario de Salud para Estudiantes y de Inscripción)

Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padre/ Tutor	Numero de Telefono	Escuela/ Maestro

Por favor, indique qué alimentos/ingredientes que su hijo/a no puede comer (círcule todo lo que corresponda) :

Cacahuates **Nueces de Arbol** **Gluten** **Lechería**
Huevo **Soja** **Elote**

Si su hijo/a no come ciertos alimentos o ingredientes por razones de elección personal (esto no incluye preferencias del estudiante) , y no son alérgicos , por favor marque los alimentos que no come su hijo . No es necesario rellenar el resto del formulario .

Otro (por favor sea específico) _____

Cuánto tiempo hace que su niño/a fue diagnosticado con la alergia a los alimentos? _____

Cuándo fue su última expuesta/reacción? _____

Por favor indicar la gravedad de la reacción más reciente de su hijo/a (círcule uno):

Anafilaxia **Severa (sin anafilaxia)** **Moderara** **Templado**

Por favor, describa la reacción más reciente de su hijo/a en detalle:

Cuales fueron los síntomas? _____

Su hijo/a tomo algún medicamento para aliviar los síntomas? (Por favor indique la medicación (s) tomada):

Su hijo/a fue al hospital ? **Si** **No** Cuánto tiempo duraron los síntomas? _____

Que desencadena la reacción de su hijo/a (por ejemplo, comer la comida , la comida tocar , tocar una superficie contaminada , el aire , etc.)? Enumerar todo lo que corresponda: _____

Su hijo/a tiene un epi- pen (circule uno)? **Si** **No**

Si No, pase a información importante

Si es así, envíe por lo menos DOS epipens con su hijo/a a la Escuela de Ciencias al aire libre. Además, completar a fondo el **Autorización Medica y de Los Padres para Administrar Medicamentos** y el **Alergias y Plan de Acción de Anafilaxia** (En el reverso de este formulario)

- Su hijo/a ha utilizado un epi-pen antes (circule uno) ? **Si** **No**
o Lista de Fecha (s) aproximadamente que el epi -pen a sido usado: _____

Informacion Importante

La cocina Outdoor Science School es una instalación de libre de cacahuete y nueces de arbol , con la excepción de los postres servidos después de la cena cada noche , que no contienen nuez , pero puede haber sido procesado en una planta que también procesa nueces de árbol. Si su hijo/a es alérgico a los cacahuets o nueces de arbol, van a recibir las galletas Oreo para el postre cada noche. La cocina está preparada para proporcionar comidas sin gluten,y lecheria ademas de comidas vegetarianas y veganos, sin previo aviso. **Si su niño/a es alérgico al huevo, soja o maíz , o si tiene cualquier otra preocupación en la dieta , por favor llame a nuestra oficina (831-722-8222) dos semanas antes de que su hijo/a está programado para asistir la escuela de ciencias a discutir las opciones de menú de sustitución . Se le puede pedir a enviar comidas de sustitución pre-hechas si las restricciones en la dieta están más allá del alcance de la cocina Escuela de Ciencias al aire libre .**

Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz Alergias y Plan de Acción de Anafilaxia

Para ser completado por el médico del niño si el estudiante traerá un Epi -Pen a la Escuela de Ciencias al Aire Libre

Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padre/ Tutor	Numero de Telefono	Escuela/ Maestro

Alergeno que pueden causar una reaccion severa: _____

Nota : Además de esta forma , por favor de completar la forma de Autorización el Médico y el Padre para Administrar Medicamentos

Si el estudiante tiene estos síntomas:

Dé esta medicina (círculo) :

1. Si un alimento alergeno ha sido ingerido o en el caso de las alergias de abejas , el estudiante ha sido picada , pero no tiene síntomas	Epinefrina	Antihistamínico
2. Boca (picazón , hormigueo , hinchazón de labios / lengua / boca)	Epinefrina	Antihistamínico
3. Piel (urticaria, erupción cutánea con picor , hinchazón de la cara o las extremidades)	Epinefrina	Antihistamínico
4. Estomago (náuseas , calambres abdominales , vómitos , diarrea)	Epinefrina	Antihistamínico
5. Garganta (endurecimiento , ronquera , tos seca)	Epinefrina	Antihistamínico
6. Pulmones (falta de aliento , tos repetitiva , resollar)	Epinefrina	Antihistamínico
7. Cardiac (pulso abnormal, presión arterial baja , desmayo , pálido , azulado)	Epinefrina	Antihistamínico
8. Otro	Epinefrina	Antihistamínico
9. Si la reacción progresa (varias de las áreas afectadas mencionadas arriba)	Epinefrina	Antihistamínico

Dosis del Medicamento:

Epinephrine auto injector: Se inyecta en el muslo externo 0.15mg 0 0.30mg

Antihistamínico (medicamento/dosis/ruta):

Otros (medicamento/dosis/ruta):

Dar Medicamento y luego llamar:

1. Llame al 911 si se da la epinefrina y / o síntomas progresan a potencialmente mortal
2. Llamar al director de la Escuela de Ciencias al aire libre en el radio de dos vías
3. Llame a los padres / tutores

El estudiante mencionado arriba está bajo mi cuidado . Es necesario que él o ella puedan recibir la medicación prescrita mencionada al asistir a la Escuela de Ciencia al aire libre . El medicamento puede ser administrado por empleados de la escuela , no médicos capacitados , bajo la supervisión de nuestro supervisor de salud / EMT . El supervisor de la salud / EMT puede no estar presente durante la administración de la medicación .

Nombre de Medico: _____ Numero de Telefono: _____

Firma de Medico: _____ Fecha: _____

Consentimiento Estándar de Primary.Health

Pruebas en la escuela

Lea atentamente y firme el siguiente consentimiento informado y autorización de la prueba de detección COVID 19 para la divulgación de información y los resultados de la prueba:

Para los no menores de edad, todas las secciones que hacen referencia a "mi hijo" se refieren a la firma individual

Para ayudar a que nuestras escuelas de California sean más seguras y reducir el riesgo de transmisión de COVID-19 en la escuela, el Departamento de Salud Pública de California (CDPH) en asociación con su escuela está implementando un programa de pruebas de COVID-19. Las pruebas de COVID-19 bajo este programa pueden incluir, entre otras, pruebas de antígenos de venta libre autoadministradas, pruebas de antígenos administradas por la escuela y pruebas moleculares (e, g., PCR) y moleculares combinadas. Los estudiantes y el personal que estudian o trabajan en la escuela pueden ser evaluados una o dos veces por semana para detectar COVID-19. Todas las pruebas serán gratuitas.

Los resultados de las pruebas rápidas generalmente estarán disponibles en una hora. Si se necesitan pruebas de laboratorio de confirmación adicionales, se le notificará. Recibirá un mensaje cuando el resultado de la prueba esté disponible tanto para casos negativos como positivos. Este documento proporciona consentimiento para participar en el programa de pruebas de la escuela:

- Autorizo en mi nombre o en mi hijo la prueba de COVID-19 mediante la recolección de un hisopo nasal. La mayoría de los niños y adultos se frota la primera pulgada de la nariz ellos mismos.
- Declaro que soy el padre o tutor autorizado para firmar este documento por mi hijo.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que yo o mi hijo debemos aislarnos en casa, seguir los procedimientos de cuarentena del estado y del condado y usar una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- Autorizo que mis resultados o los de mi hijo puedan ser divulgados al departamento de salud del distrito, condado o estado, o a cualquier otra entidad gubernamental.
- Autorizo a Primary Diagnostics, Inc. ("Principal") y a cada una de las partes enumeradas a continuación a divulgar información personal y de prueba del paciente para facilitar la prueba de la infección por COVID-19 y para realizar más divulgaciones como se establece en la Política de privacidad primaria, disponible en <https://primary.health>:
 - El proveedor que realiza el pedido de su prueba COVID-19
 - El proveedor que solicitó la prueba COVID-19 de su hijo
 - El Departamento de Salud Pública de California y las agencias de salud pública locales
 - Cualquier socio de laboratorio que proporcione pruebas de RT-PCR de confirmación y / o proporcione informes obligatorios al departamento de salud estatal
 - La escuela participante y otros socios de la Primaria, según sea necesario y determinado por Primary Diagnostics, Inc.
- Entiendo que la "información personal y de la prueba del paciente" incluye lo siguiente:
 - El nombre, el sexo y la fecha de nacimiento del paciente.
 - Si corresponde, información sobre dependientes y / o tutela
 - Información de contacto, incluido el número de teléfono, la dirección de correo electrónico y la dirección postal o física

- Información de la cita, número de identificación de la transacción, información y resultados de la prueba COVID-19
- Entiendo que este sitio de pruebas no actúa como un proveedor médico y que las pruebas no reemplazan el tratamiento de un proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de un proveedor médico, según corresponda, si tengo preguntas o inquietudes, o si las condiciones empeoran.
- Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19. Se me ha informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos y, si se me solicita, he recibido una copia de este Consentimiento informado para participar en la prueba COVID-19. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y durante todo el procedimiento de prueba.
- Entiendo que puedo revocar mi autorización de consentimiento en cualquier momento notificando a Primary.Health por escrito a Primary Diagnostics, Inc. en 595 Pacific Ave FL4, San Francisco, CA 94133 o support@primary.health de mi deseo de revocarlo. Además de notificar a Primary Diagnostics, también debo proporcionar una notificación por escrito a la escuela designada. Entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en base a esta autorización antes de mi revocación no se puede revertir.
- A menos que se revoque antes, esta autorización vence 12 meses a partir de la fecha de esta autorización.
- Entiendo que la escuela también puede solicitar y realizar pruebas moleculares (p. Ej., PCR) como medida de precaución adicional para ciertas personas que se someten a la prueba de detección rápida de antígenos COVID. Por ejemplo, si una persona que estuvo expuesta o no tiene síntomas da positivo. En este caso, autorizo al Departamento de Salud Pública de California y a los socios designados a utilizar la información de mi seguro para garantizar que no haya ningún costo para mí por este servicio.
- Advertencia de riesgos y asunción de riesgos: participar en la detección de COVID-19 implica riesgos de salud inherentes. Existe el riesgo de que el frotis del tracto respiratorio superior cause molestias leves, estornudos o hemorragia nasal. Al dar mi consentimiento para participar, reconozco que entiendo que el riesgo de mi participación o la de mi hijo es bajo, y acepto voluntariamente cualquier riesgo para la salud.
- Renuncia, exención e indemnización: Sé que participar en esta evaluación es una actividad que puede ser una actividad potencialmente peligrosa para algunas personas. Por la presente, asumo total y completa responsabilidad por cualquier lesión, enfermedad o accidente que pueda ocurrir durante mi participación o la de mi hijo. Por la presente libero, renuncio, eximo de responsabilidad y me comprometo a no entablar una demanda contra los administradores, patrocinadores, organizadores, voluntarios, empleados, agentes o cualquier persona o entidad afiliada asociada con esta evaluación de todas y cada una de las pérdidas, daños, responsabilidades u otras reclamaciones. y causas de acción que puedan surgir de mi participación.
- En la medida en que lo permita la ley aplicable, en caso de conflicto entre las versiones en inglés y español de este Consentimiento informado, prevalecerá la versión en inglés.

Nota: El consentimiento electrónico se recopilará a través de la plataforma Primary.Health. Si se necesita un consentimiento escrito o verbal, el consentimiento electrónico se puede exportar a un formato imprimible con la información y las líneas de firma adecuadas.

Nombre del Alumno: _____

Firma de Padre/Guardian

Fecha



EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO

REGLAS Y SEGUIMIENTOS PARA LA ESCUELA DE CIENCIA AL AIRE LIBRE DE SANTA CRUZ

Estas son reglas para mantener la seguridad, asegurar una experiencia agradable y no para limitar a los estudiantes en su experiencia divertida.

Las **Tres reglas (“3r’s”)** del comportamiento son para recordarles lo que se espera de ustedes:

* Ser **RESPETOSO**. Mostrar respeto hacia uno mismo, a otros, sus sentimientos, sus derechos, a su persona (trata a los demás como deseas ser tratado) y a su propiedad (no tocar nada sin permiso del dueño).

* Ser **RESPONSABLE**. Piensa antes de actuar y toma decisiones apropiadas para el interés de todos en la Escuela al Aire Libre. Serás respetado como responsable de tus decisiones y por las consecuencias de ellas mismas. Tus padres, tu maestro, tu escuela y tus compañeros dependerán en que te comportes de una manera que no interrumpirá o perjudicará su experiencia. La conducta inapropiada es una pérdida de tiempo para todos.

* Ser **CONFIABLE** (“Reliable” en inglés). Demuéstrale a tu líder de cabaña, naturalistas y maestros que pueden contar con tu cooperación. Cuida de tu espacio personal en tu cabaña. Demuéstrale a tu líder de cabaña, naturalistas, maestros y amigos que pueden confiar con tu ayuda.

El personal de la Escuela al Aire Libre estará contando en cada estudiante para ser responsable en conocer, entender y seguir del siguiente reglamento!

CABAÑAS: (se espera que los estudiantes)...

1. no entrar en otras cabañas (la falta de seguimiento de esta regla resultará en expulsión inmediata)
2. estar en cama y en silencio a la hora de apagar las luces (usualmente 9:20 P.M.) excepto emergencias.
3. estar en cama hasta las 7:00 A.M. cuando el Líder de Cabaña le pida levantarse.
4. mantenerse a lado de su grupo de cabaña a toda hora.
5. evitar las peleas de almohadas, luchadas o juegos rudos de cualquier tipo.
6. no tener comida de cualquier tipo en las cabañas (para no atraer roedores e insectos).
7. cooperar y seguir las direcciones del Líder de Cabaña.

COMEDOR: se espera que los estudiantes...

1. hablen silenciosamente en la mesa.
2. permanezcan sentados (solamente el *Hopper* puede levantarse durante la comida).
3. entiendan que jugar con o aventar comida es inapropiado.
4. escuchen atentamente cuando es hora de anuncios e instrucciones.

SENDEROS: se espera que los estudiantes...

1. permanezcan en el sendero y caminen **detrás** del Naturalista o Líder de Cabaña.
2. no avienten objetos, empujen otros estudiantes o carguen palos.
3. respeten todas las plantas y animales, y no remover o dañarlos en cualquier modo.
4. escuchen atentamente cuando un Maestro, Naturalista o Líder de Cabaña esté hablando.

EN GENERAL: se espera de los estudiantes...

1. el uso de lenguaje apropiado.
2. eviten el uso de declaraciones que pueden ser interpretados como insultos hacia otros.
3. cooperen con el personal y otros estudiantes.
4. eviten hacer algo que pueda causar daño a si mismos, a otros o a los edificios y tierras de la Escuela de Ciencia al Aire Libre.

He leído y comprendido el reglamento y las tres R’s y estoy dispuesto a seguirlas. Entiendo que la falta de seguimiento del reglamento puede resultar en una llamada a mis padres y ser causa de mi expulsión de la Escuela de Ciencias.

Firma de estudiante

Fecha

Firma de padres/guardián

Fecha



Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz

Formulario de Pedido de Recuerdo



Envía el formulario con el pago al maestro/a de su hijo

(Su hijo/a recibirá los artículos pedidos cuando él / ella llega a la escuela de Ciencias al Aire Libre)

Sudaderas y Camisetas



Mochila



Botellas de Agua



Gorras Contra el Sol



Nombre del Estudiante _____		Escuela _____			
Articulo	Color (Circule Uno)	Talla	Cantidad	Precio por unidad	Total
Sudaderas adulta (Pequeño Mediano, Grande , XL)	Gris Azul Marino Negro Bosque verde			x\$40.00	=
Sudaderas Juvenil (Grande, XL)	Gris Azul Marino Negro Bosque verde			x\$35.00	=
Camisa de Manga Corta Adulto (Pequeño Mediano, Grande , XL)	Gris Azul Marino Negro Bosque verde			x\$20.00	=
Camisa de Manga Larga Adulto (Pequeño Mediano, Grande , XL)	Gris Azul Marino Negro Bosque verde			x\$25.00	=
Gorras Contra el Sol	Azul Marino Bosque Verde			x\$35.00	=
Mochila	N/A	N/A		x\$20.00	
Botella De Agua (26 oz)	N/A	N/A		X\$8.00	=
Every Child Outdoors Donacion	Si desea contribuir a nuestra fundación por favor, indique la cantidad aquí . Cualquier cantidad ayuda . Véa más abajo para más detalles.				=
Por favor haga los cheques a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz				Order Total	=

100 % de los beneficios de las ventas de recuerdos iran a la Fundación *Every Child Outdoors* la que entrega becas para los estudiantes en las comunidades de bajos ingresos para que puedan asistir la Escuela de Ciencias al Aire Libre . Echa un vistazo a nuestro sitio Web en www.everychildoutdoors.org