Estimados Padres de Familia;

Su escuela se está preparando para la temporada de Educación al aire libre patrocinada por Centro de 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. La educación al aire libre no es solamente aprendizaje académico, también adquieren desarrollo social y madurez. Durante cada día los estudiantes reciben por los menos cinco horas de clase. Experiencias educativas adicionales son integradas en el transcurso del programa.

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. Este lugar cuenta con habitaciones, comedores y facilidades recreativas. Cada cabaña cuenta con calefacción y está equipada con camas y colchones.

El cobro por cada sesión 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.

Ya que esta semana es para los estudiantes les pedimos que no les visiten. No le sugerimos que les llame por teléfono ya que sus hijos se ponen tristes al escuchar su voz. Lo que sí les invitamos es a que les escriban por los menos una o dos 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

Calvin Crest tiene una pequeña tienda donde los estudiantes pueden comprar sodas, dulces, playeras y otros artículos pueden ser comprados si la escuela de su hijo(a) decide tener la tiendita abierta.

Oakhurst está equipado con servicios médicos que funcionan 12 horas al día. Si hubiera una emergencia y usted necesita visitar 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 frío. También en algunas ocasiones se presentan lluvia o nevadas. Por lo que, sí es posible le pedimos que su hijo(a) traiga suficiente ropa calientita 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 número limitado de impermeables al precio aproximadamente de $1.25 cada uno en nuestra tienda del alumno.

Esperamos con anticipación poder servirles a ustedes y a sus hijos. Si tiene preguntas no dude en llamar a su escuela o a Calvin Crest nuestro numero se encuentra arriba.

Sincéremente,

Christina Melahn
Director de Educación al Aire Libre

EDUCACION AL AIRE LIBRE EN CALVIN CREST
LISTA DE EQUIPO Y VESTUARIO SUGERIDO

Que llevar a Calvin Crest:

___ Mascarillas (suficiente para la semana)
___ Bolsa de dormir (o sábanas y 2 cobijas) y una almohada
___ Zapatos (por los menos dos pares, tenis son recomendados) Si el tiempo está frío o mojado recomendamos botas
___ Calcetines (gruesos mínimo cinco pares, o más)
___ Pantalones resistentes (se recomienda mezclilla, 3 pares o más, pantalones cortos [shorts] no son permitidos durante las horas de clase)
___ Ropa calientita (las noches pueden ser frías)
___ Ropa interior
___ Chamarra calientita
___ Sudadera/sweater
___ Toalla (paño) y toallita para lavarse
___ Artículos sanitarios (jabón, cepillo de dientes, past dental, etc.)
___ Artículos para la lluvia (botas de plástico, impermeable son recomendamos, botas de goma están disponible sin costo; los impermeables están disponibles a nuestro costo a $1.25)
___ Lentes de Sol
___ Crema para los labios
___ Botella de agua de plàstico
___ Lapiz (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 vicera
___ Guantes
___ Materiales para escribir (papel, lápiz, lapicero, estampilla del correo sobres, etc.)
___ Paraguas para los dias lluviosos
___ Secadora de pelo son aceptables, no planchas para el pelo – debido al peligro de incendio
___ Reloj o despertador
___ Binoculares

Lo que NO SE DEBE TRAER a CALVIN CREST:

___ Tocador discos compactos, MP3 o iPod, radios
___ Goma de mascar, dulces, comida de ningún tipo
___ Sandalias
___ Tabaco, drogas, bebidas alcohólicas (*lea abajo)
___ Cuchillos de bolsillos, ARMAS DE NINGUNA CLASE (*lea abajo)
___ Juegos electrónicos
___ Navajas, armas de ninguna clase
___ Cosas de valor
___ Teléfonos celulares

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

ESCUELA DE EDUCACION AL AIRE LIBRE CALVIN CREST
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y MEDICO DE LOS PARTICIPANTES

45800 Calvin Crest Road, Oakhurst, CA 93644 559.772.4040 outdoor.school@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 ___ FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____

ESCUELA: _____ PROFESOR/PROFESORA: _____

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: _____ Relación: _____ 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 (S) SIGUIENTE PERSONA (S) ES / SON <u>LEGALMENTE RESTRINGIDO</u> DE VER ESTE ESTUDIANTE:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

La escuela proporcionará transporte hacia el programa y desde este. Nadie podrá retirar al estudiante de las instalaciones de Calvin Crest sin aprobación previa a través del establecimiento escolar.

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>PREOCUPACIONES</u>		
La Fiebre del Heno _____	Infecciones del oído _____	Desorden de Coagulación _____	Trastorno de la conducta _____
Plantas _____	Mononucleosis _____	Hipertensión _____	Trastorno nervioso _____
Insectos, abejas _____	Problemas del corazón _____	Problemas menstruales _____	ADD/ADHD _____
Alimentos _____	Convulsiones _____	Asma _____ (Crónica ___ Estacionales ___ Inducida por el ejercicio ___)	
Ambiental _____		¿El estudiante toma medicamentos para el asma o inhaladores? ___ Sí ___ No	

¿Es un estudiante dependiente de la insulina para diabéticos? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, el año diagnosticado: ____

¿El estudiante es capaz de calcular y de cambiar la dosis para compensar el ejercicio, etc.? ___ Sí ___ No

¿El estudiante es capaz de dar sus propias inyecciones? ___ Sí ___ No *El personal de Calvin Crest no puede administrar medicamentos inyectables: los estudiantes con medicamentos inyectables deberán ser acompañados por un padre o profesional médico designado.*

Explicar todos los artículos marcados arriba: _____

Discapacidad, enfermedad crónica o recurrente, o enfermedad médica: _____

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

<u>Ningún medicamento recetado, de venta libre, vitaminas o productos a base de hierbas serán administrados a los estudiantes en Calvin Crest si no cuentan con orden escrita del médico.</u> Solo se les suministrarán medicamentos debidamente recetados. Todos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y productos a base de hierbas <u>DEBERÁN encontrarse en su envase ORIGINAL con etiquetas e instrucciones de suministro</u>, y deberán entregarse al personal designado de la Escuela al Aire Libre al llegar. NO ENVÍE un suministro semanal de medicación en una bolsa o caja de medicamentos. Quienes requieran inyecciones deberán ser acompañados por un padre o profesional médico designado. El estudiante podrá tener un inhalador de rescate recetado o autoinyector de epinefrina si se presenta la documentación pertinente.

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(o) a la nostalgia ___ Ha tenido cambios recientes / trauma que pueden impactar bienestar emocional, físico o mental? 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:_____

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: _____ Titular 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: _____

DECLARACIONES, PERMISO Y DISPENSA PATERNOS: Presto mi consentimiento informado al personal de Primeros Auxilios designado por Calvin Crest certificado, como mínimo, con RCP y Primeros Auxilios por un proveedor reconocido a nivel nacional de acuerdo con el estándar de ACA HW-1 para ofrecer Primeros Auxilios y técnicas de relajación a través de procedimientos de tratamiento estandarizados en el campamento. Entiendo que es mi responsabilidad encargarme de las necesidades médicas del niño si estas requieren más que las que pueda brindar el personal de Primeros Auxilios conforme a sus certificaciones, licencias y alcances de la práctica. Autorizo a Calvin Crest a coordinar u ofrecer todo transporte relacionado que fuera necesario al establecimiento médico más cercano pata tratamiento médico de emergencia o urgente y asumo todas las responsabilidades por el pago de dicho tratamiento. Asimismo, autorizo a todo médico seleccionado por Calvin Crest a garantizar y administrar todo tratamiento que se considere necesario para mi hijo, incluida la atención u hospitalización urgente.

Autorizo el uso de los siguientes medicamentos genéricos, de venta libre conforme a las etiquetas proporcionadas por el fabricante y el personal designado de la Escuela al Aire Libre que brinde procedimientos estándar a mi hijo: ungüentos antibióticos, crema de hidrocortisona, crema para tratar quemaduras, vaselina, tratamiento para piel/labios agrietados y desinfectantes de heridas, bálsamos y geles analgésicos. Me contactaré con Calvin Crest en caso de tener objeciones antes del inicio del programa. Entiendo que estos los almacenará y suministrará el personal de Primeros Auxilios sin cargo según sea necesario para el bienestar de mi hijo.

Calvin Crest por el presente reconoce que procurará tomar ciertas medidas de seguridad para ayudar a prevenir, en la medida de lo razonable, infección o contagio de la Covid-19. Estas medidas de seguridad incluyen lo siguiente: limpieza y desinfección de espacios de uso público, uso de guantes al limpiar y desinfectar, mantenimiento del distanciamiento social de sus empleados, visitantes e invitados, y el uso de máscaras faciales cuando se estén acompañados de invitados. Calvin Crest se mantendrá al tanto de todas las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y considerará la medida del modo adecuado. Asimismo, Calvin Crest podrá retirar las medidas aquí indicadas una vez que el CDC o el gobierno local, estatal o de los Estados Unidos considere que estas ya no resultan necesarias. Reconozco que también tomaré ciertas medidas de seguridad, entre ellas: garantizar la ausencia de síntomas de Covid-19 antes de ingresar o usar los establecimientos e instalaciones de Calvin Crest, lavado de manos o uso de sanitizante para manos en forma regular mientras me encuentre en las instalaciones de Calvin Crest, mantenimiento del distanciamiento social y uso adecuado de máscaras faciales al estar acompañado de otras personas. En caso de que el CDC recomiende la aplicación de medidas de seguridad adicionales, me comprometo a disponerme a utilizarlas.

Le he solicitado a Calvin Crest que le permita a mi hijo participar en todas las actividades, incluidas, a título enunciativo, las indicadas en el sitio web. Como condición de este beneficio, acepto lo siguiente: Entiendo que la participación de mi hijo en estas actividades puede exponerlo a peligros tanto conocidos como no anticipados. En reconocimiento de la existencia de estos riesgos, en mi propio nombre, el de mi hijo y el de cualquier otra parte que pudiera estar facultado a alegar derechos sobre o en nombre de mi hijo, libero, dispenso y mantengo indemne para siempre a Calvin Crest, a sus afiliadas, directivos, directores, agentes, empleados, aseguradores, sucesores en sus derechos, letrados o cualquier otra persona o personas asociadas con una o todas ellas que pudieran ser responsables (las "Partes Liberadas") de todo reclamo, causa, acción, demanda, instancia legal, pérdida, daño, gasto, costo o responsabilidad (en forma conjunta, "Pérdidas") que surjan o que estén relacionadas con la participación de mi hijo en la Escuela al Aire Libre de Calvin Crest y sus actividades, incluidas las Pérdidas que surjan de la negligencia de cualquiera de las Partes Liberadas, ya sea que estas Pérdidas deriven en una lesión corporal (incluida la muerte), daños a la propiedad o de otro tipo (en forma conjunta, los "Reclamos Dispensados"). Los Reclamos Dispensados incluyen Pérdidas derivadas de toda condición de las instalaciones en las que se llevan a cabo las actividades del campamento o la conducta de alguna persona en relación con la preparación, supervisión o realización de alguna actividad, ya sea planificada o no.

Asimismo entiendo y reconozco que realicé esta dispensa en total acuerdo y satisfacción, así como mediante la aceptación de todos los Reclamos Dispensados. Declaro y reconozco que he leído y entendido este formulario y la dispensa otorgada anteriormente, y garantizo que todas las declaraciones aquí formuladas son verdaderas, a mi leal saber y entender.

- Por medicamentos administrados por el personal de la Escuela al Aire Libre: Seré responsable de notificar a Calvin Crest de toda información sobre medicación nueva del estudiante. Reconozco que, en caso de que las medicaciones de mi hijo cambiaran entre el día de hoy y la fecha de la Escuela al Aire Libre, es mi responsabilidad informárselo a Calvin Crest.
- Entiendo que Calvin Crest se encuentra en una región montañosa remota y que la atención de emergencia, incluso las ambulancias, pueden demorarse 90 minutos. El estudiante no presenta actualmente problemas de salud que pudieran requerir de atención de emergencia más cercana.
- Entiendo que Calvin Crest no asume ninguna responsabilidad por estudiantes que dejen el establecimiento de Calvin Crest por motivos que no sean actividades programadas.

Autorizo el uso de imágenes, audio o grabaciones de video que incluyan a mi hijo en publicidades, incluido el sitio web, sitios de Internet (incluidas las redes sociales), boletines informativos o folletos promocionales de Calvin Crest o que promocionen a Calvin Crest.

He leído y entendido este formulario en su totalidad, y al firmarlo a continuación acepto sus términos:

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Para NO prestar consentimiento para tratamientos médicos, firme a continuación Y contáctese con el establecimiento escolar y con Calvin Crest. No presto mi consentimiento para la prestación de tratamientos médicos de emergencia a mi hijo. En caso de lesión o enfermedad que requieran tratamiento de emergencia, deseo que el personal de la Escuela al Aire Libre no tome ninguna medida o que siga las instrucciones adjuntas (que también he comunicado verbalmente).

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

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

Calvin Crest Outdoor School 45800 Calvin Crest Road Oakhurst, CA 93644 (559)772-4040 outdoor.school@calvincrest.com

Nombre de Estudiante:_____ Nombre de Escuela: _____

Estimados Padres o Tutores; El código educativo 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 detalle el método, cantidad, y horario en que tal medicamento serán tomados y (2) un dato escrito de parte del padre o tutor del estudiante indicando el deseo que el distrito escolar ayude al estudiante en el modo establecido por el dato del médico."

A. **ORDENES DE MÉDICO**

Condición para que la medicación será dado: _____

Las horas comunes de la administración de los medicamentos son durante el desayuno, el almuerzo, la cena y antes de dormir. (8:20 am, 12:20 pm, 6:30 pm, 9:00 pm.) Por favor apunte si el estudiante requiere su medicamento en otro momento o si el medicamento se usa según sea necesario.

El personal de Calvin Crest no puede administrar medicamentos inyectables: los estudiantes con medicamentos inyectables deberán ser acompañados por un padre o profesional médico designado.

Medicamento	Dosis	Metodo 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 concideraciónes sobre medicamentos: _____

_____

_____

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

Para AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA SOLO: Estudiante puede traer autoinyector de epinefrina y medicarse: ____ Sí ____ No

Contáctese con el Director de Escuela al Aire Libre (outdoor.school@calvincrest.com; 559.772.4040) en caso de dudas o inquietudes.

B. **FIRMA DE MÉDICO**:_____ FECHA: _____

Nombre de Médico (Por Favor nombre Impreso): _____ Teléfono: (___)_____

C. PETICION DE PADRES: Pedimos que las medicinas sean dadas a la escuela al aire libre calvin crest en la manera dicho por los datos escrito por el médico. Autorizo/amos la escuela Calvin Crest para administrar la medicación. En caso de una reacción, 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 estudiantes deben traer cada medicación en el envase original de la farmacia y que el envase debe indicar el nombre del niño/a, el nombre de la medicina, la dosis, la ruta, la hora de administración, y el nombre del doctor que prescribió 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 su etiqueta apropiada.

Firma del Padre/Tutor:_____ Fecha:_____

Cory Reynolds
Director de Servicios de Alimentación
cory@calvincrest.com
559.772.4040

Si asiste a un campamento o evento en Calvin Crest y tiene algúna alergia alimenticia, algúna dieta o restricción de alimentos, complete y envíe este formulario dos semanas antes de la fecha de llegada. Use páginas adicionales si es necesario. **TENGA EN CUENTA: Calvin Crest es capaz de adaptarse a la mayoría de las alergias alimenticias, las necesidades dietéticas y las restricciones alimenticias, que incluyen: alergias a cacahuates / nueces, dietas vegetarianas, intolerancia a la lactosa y al gluten.**

Cory Reynolds está disponible para responder cualquier pregunta sobre dietas y menús: cory@calvincrest.com; 559.772.4040.

Nombre de Estudiante: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del padre / tutor (si es menor de 18 años): _____

Nombre de Escuela: _____ Fechas del Evento: _____

Alergias a los alimentos o restricciones dietéticas médicas	**Restricciones dietéticas no médicas, no alergicas**
Indique cualquier alergia alimenticia o necesidad dietética debido a una afección identificada por un médico: Ejemplos: alergia al cacahuate, nueces enfermedad celíaca.	**Indique cualquier restricción dietética que no sea alérgica ni médica:** Ejemplos: Dieta vegetariana, libre de gluten no por enfermedad celiaca.
Indique las precauciones necesarias y / o sustitutos de alimentos:	**Por favor, denos una lista de los alimentos que podamos sustituir:**
Para ayudarnos a comprender mejor su alergia, marque una: ❒ Consumo (La reacción alérgica ocurre cuando el individuo come el alergeno) ❒ Contacto / Ambiental (La reacción alérgica ocurre cuando el individuo entra en contacto con el alergeno) ❒ Se desconoce Si le han prescrito un autoinyector de epinefrina, por favor marque aquí: ❒	