

# Conejo Valley Unified School District

**Kenny Loo**

Assistant Superintendent, Instructional Services



Estimado Padre/Tutor:

La clase de 6to grado de su hijo/a tiene la oportunidad de asistir a la escuela al aire libre en las montañas en Camp Ramah. Camp Ramah está ubicado en Fairview Rd. En Ojai, California. El campamento ofrece instalaciones cómodas y modernas que incluyen cabañas con calefacción, inodoros y duchas interiores, una cocina central totalmente equipada y un gran salón central. Además, CVUSD y Camp Ramah implementarán las [Directrices de Salud y Seguridad](#) establecidas para garantizar la salud y seguridad de los estudiantes mientras participan en el programa de Escuela al Aire Libre. Este proyecto ha sido cuidadosamente planeado por maestros y administradores y ha recibido la aprobación de la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley.

Este viaje será uno de los aspectos más destacados de las experiencias educativas de su hijo/a. Durante cuatro días y tres noches, los estudiantes participarán en actividades como senderismo, información y conservación de la naturaleza. Las clases le brindan a su hijo/a instrucción científica práctica al aire libre alineada con los estándares de Ciencias de la Tierra.

**UBICACION:** Camp Ramah, 385 Fairview Rd. Ojai, CA 93023

**COSTO:** El costo por la participación de su hijo/a a este evento es de \$250.00 para estudiantes del 6to grado. Puede pagar con cheque a nombre de la escuela de su hijo/a. El costo debe de pagarse un mes antes de la salida. A ningún estudiante se le negará la oportunidad de participar por falta de fondos.

**SUPERVISION:** Los estudiantes estarán bajo la supervisión de los maestros de su escuela y el personal de la Escuela al Aire Libre.

**PERSONAL:** El personal de casa sesión estará compuesto por el Sr. Tom Hoegeman, Coordinador del Programa de Escuela al Aire Libre, maestros del aula, instructores de Escuela al Aire Libre y consejeros de cabina. Los instructores incluyen profesores con experiencia y guías con experiencia en educación ambiental. Los consejeros de cabina, la mayoría de los cuales son estudiantes de último año de secundaria, han sido seleccionados cuidadosamente en base a sus calificaciones y antecedentes. Los niños serán supervisados las 24 horas del día por miembros del personal de la Escuela al Aire Libre que tienen experiencia en trabajar con niños y tienen conocimientos de primeros auxilios.

**CONTACTO: Números de Teléfono de la Escuela al Aire Libre:**

Oficina - (805) 497-9511 ext. 4248

*Emergencias* (805) 660-6219 – Número de teléfono durante el campamento (del 29 de enero al 29 de marzo del 2024)

**Correo Electrónico de la Escuela al Aire Libre:**

Puede enviar un correo electrónico al Sr. Tom Hoegeman, Coordinador, Escuela al Aire Libre:  
thoegeman@conejousd.org

**Sitio Web de la Escuela al Aire Libre:**

Visite nuestro sitio web:

<https://www.conejousd.org/Schools/Outdoor-School>

Para informarse más sobre el programa.

**Tenga en cuenta:** Todas las reglas y regulaciones indicadas en el Manual del Estudiante de su escuela son vigentes cuando se encuentre en la Escuela al Aire Libre.

Su hijo/a aún debe de seguir las reglas de la escuela/distrito con respecto al: Código de Vestimenta, Código de Conducta, Acoso.

Artículos no autorizados en el campamento, Armas/Objetos Peligrosos/Acciones Peligrosas, etc. Mientras se encuentre en Camp Ramah. Es posible que se requiera de que los estudiantes que violen las reglas del distrito dejen el campamento.

**Los siguientes artículos esta prohibidos:** Teléfonos celulares, ropa nueva o costosa, reproductores de música, walkie-talkies, juegos electrónicos, comida, chicle, dulces, dinero o fósforos. Por favor refuerce esto con su hijo/a.

Navajas de bolsillo que se utilizan con frecuencia en excursiones de campamento están prohibidas. Por favor revise el equipaje y los bolsillos de su hijo/a para asegurarse de que no tengan ningún artículo prohibido. A los estudiantes que se encuentren con artículos prohibidos no se les permitirá asistir a la Escuela al Aire Libre y estarán sujetos a las mismas medidas disciplinarias/consecuencias que cuando están en la escuela.

**Los estudiantes deben traer los siguientes artículos a la Escuela al Aire Libre:** La ropa, el equipo y el equipaje del estudiante deben estar claramente etiquetados para evitar pérdidas o confusión. VCUSD no es responsable de ningún artículo perdido o robado.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 5 mascarillas (mascarillas son opcionales)</li> <li><input type="checkbox"/> Almuerzo en bolsa para el primer día</li> <li><input type="checkbox"/> Mochila</li> <li><input type="checkbox"/> Botella de agua/Cantimplora (Obligatorio)</li> <li><input type="checkbox"/> Saco de dormir (o mantas y sábanas calientes si no tiene saco de dormir)</li> <li><input type="checkbox"/> Sábana ajustable (doble)</li> <li><input type="checkbox"/> Almohada</li> <li><input type="checkbox"/> Chaqueta Cálida</li> <li><input type="checkbox"/> Impermeable</li> <li><input type="checkbox"/> Camisas Cálidas</li> <li><input type="checkbox"/> Pantalones gruesos o jeans</li> <li><input type="checkbox"/> Ropa Interior</li> <li><input type="checkbox"/> Calcetines (traer extra)</li> <li><input type="checkbox"/> Zapatos (dos pares)</li> <li><input type="checkbox"/> Pijamas Calientes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jabón</li> <li><input type="checkbox"/> Champú</li> <li><input type="checkbox"/> Cepillo de dientes y pasta de dientes</li> <li><input type="checkbox"/> Toalla de Baño</li> <li><input type="checkbox"/> Sombrero</li> </ul> <p><b>Los siguientes artículos son opcionales pero recomendados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Protector labial (Chapstick)</li> <li><input type="checkbox"/> Protector Solar</li> <li><input type="checkbox"/> Anteojos para el Sol baratos</li> <li><input type="checkbox"/> Linterna</li> <li><input type="checkbox"/> Guantes</li> <li><input type="checkbox"/> Libro de Lectura</li> <li><input type="checkbox"/> Postal para escribir a casa (incluir dirección y estampilla)</li> </ul> |
|---|--|

### Horario de Escuela al Aire Libre del 2024

Colina 6a	Feb. 6 - 9, 2024
Colina 6b	Feb. 12 - 15, 2024
Los Cerritos 6a	Feb. 20 - 23, 2024
Los Cerritos 6b	Feb. 26 - 29, 2024
Sycamore Canyon 6	Marzo 5 - 8, 2024
Sequoia 6a	Marzo 12 - 15, 2024
Sequoia 6b	Marzo 19 - 22, 2024
Redwood 6	Marzo 25 - 28, 2024

# AUTORIZACIÓN PARA PASEO EDUCATIVO Y EXCURSIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO

Dentro del Estado

(Menor de Edad)

Fuera Del Estado

Es un requisito completen esta forma para todos los paseos educativos o excursiones.

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento (para los propósitos de emergencia)

Dirección del Estudiante

Nombre de la Escuela

Clase/Programa

Maestro

Fecha(s) de Paseo Educativo/ la Excursión

Ubicación del Paseo Educativo / la Excursión

Proveedor de Transporte Escolar

1. **Por medio de la presente autorizó que mi hijo(a) o menor de edad (nombre escrito anteriormente) para participar en este paseo educativo o excursión.**
2. **Con respecto a la asistencia especial o modificaciones:** ¿Es necesario que se le facilite asistencia especial o modificaciones a su hijo(a) o menor de edad para que participe en este paseo educativo o excursión?  
 No  Si Explique por favor. \_\_\_\_\_
3. **Con respecto a la administración de medicamento:** Todos los medicamentos deben ser recetados, **incluyendo** los medicamentos sin receta. ¿Es requisito que su hijo(a) o menor de edad tome medicamento durante el curso de este paseo educativo o excursión?  
 No  Si **El padre o tutor legal debe comunicarse con su escuela** para obtener la solicitud forma SFA-5030S, "Autorización Para Cualquier Medicamento Tomado Durante Horas Escolares, Actividades Escolares, Y Paseo" (el cual debe ser firmado por el padre o tutor legal o el médico del niño(a) o menor de edad).
4. **Si usted tiene seguro médico, por favor regístrelo:**

Compañía de Seguro Médico

Número de Póliza

Número de Grupo

5. **Por favor enumere los nombres de contacto de emergencia adicional, si el padre/tutor no están disponible:**

Contacto de emergencia

Teléfono

Contacto de emergencia

Teléfono

6. **Conducta:** Yo comprendo cabalmente que todos los participantes deben de acatar y aceptar todas las reglas y los requisitos que rigen la conducta durante el Paseo Educativo o la Excursión. Hasta cierto punto permitido por el Código de Educación, cualquier participante que se determine estar en violación de las normas de conducta será enviado a casa a gasto propio del participante o gasto de sus padres o tutores legales.
7. **Renuncia de reclamaciones:** Comprendo que el artículo 35330 del Código Educativo de California establece la siguiente información:  
"Todas las personas participantes en los paseos educativos o las excursiones considerarán renunciar a todos los derechos (reclamaciones) en contra del distrito, una escuela autónoma, o el Estado de California por motivo de una lesión, un accidente, una enfermedad o fallecimiento ocurrido durante ó a causa del paseo educativo o la excursión. Todos los adultos que realicen paseos educativos o excursiones fuera del estado y todos los padres de familia o tutores legales de los alumnos que participen en paseos educativos o excursiones fuera del estado firmarán una declaración renunciando a todos los derechos."

Al proveerle consentimiento a mi hijo(a) o al menor de edad para asistir y participar en este paseo educativo o excursión, yo renuncio a todas las reclamaciones en contra del distrito por motivo de una lesión, un accidente, una enfermedad, o fallecimiento ocurrido durante o por consecuencia de este paseo educativo o excursión.

Yo comprendo que el distrito no requiere la participación de mi hijo(a) o del menor de edad en este paseo educativo o excursión y yo presento esta petición voluntariamente, debido a que deseo que mi hijo(a) o el menor de edad participe en el paseo educativo o excursión. Igualmente, comprendo que, si no autorizo la participación de mi hijo(a) o del menor de edad, éste participará en actividades alternativas, por las cuales mi hijo(a) o el menor de edad recibirá créditos completos.

8. **En caso de una enfermedad o una lesión,** por la presente doy consentimiento de cualquier transporte, radiografías, examen, anestesia, diagnostico quirúrgico médico, dental o tratamiento y cuidado de hospital por parte de un médico acreditado considerado necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo o del menor de edad. Queda entendido que los gastos generados serán la responsabilidad del (de los) padre(s) / del (de los) tutor(es) del menor de edad.
9. **He leído cuidadosamente esta solicitud, comprendo cabalmente su contexto y voluntariamente acepto los términos y su proceso.**

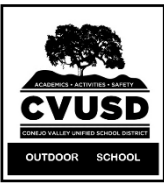
Firma de los Padres/Tutor

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de celular o bíper



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE CONEJO FORMULARIO DE SALUD PARA LA ESCUELA AL AIRE LIBRE

Nombre del estudiante, apellido (Favor escriba con claridad) \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Los siguientes remedios estarán disponibles para usarse si se necesitan, durante su estadía en la Escuela al Aire Libre:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Tylenol de niños para el dolor de cabeza                                  | 4. Loción Calamine para la comezón             |
| 2. Tums para el dolor de estómago  | 5. Pomada Neosporin para cortadas / abrasiones |
| 3. Pastillas para la tos y enjuagues bucales para la tos y dolor de garganta | 6. Benadryl                                    |

**Yo estoy de acuerdo que se usen los remedios arriba mencionados, si es necesario, para mi hijo(a).**

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Médico Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

***\*Este formulario es adicional a la Autorización para Paseos escolares o Excursiones y el formulario para Tratamiento Médico de menores (SFA2010 y SFA2010S) y no tiene el propósito de reemplazar el formulario de Autorización.***

Para ayudarnos a cumplir con las necesidades de su hijo(a), favor de completar la siguiente información:

1. ¿Es su hijo(a) alérgico(a) a medicamentos o comida? \_\_\_\_\_

Si es así, indique en detalle y en qué medida se deben evitar estos alimentos? \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo(a) tiene alguna dieta especial? Favor marque todas las que apliquen:

Kosher    Vegetariana    Sin gluten    Sin carne de cerdo    Sin carne de ternera    Intolerancia a la lactosa

3. ¿Su hijo(a) requiere una pluma de Epi, para cualquiera de las alergias indicadas anteriormente? \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo(a) camina dormido(a), necesita limitar líquidos, o tiene algún otro problema para dormir? \_\_\_\_\_

Si es sí, por favor especifique \_\_\_\_\_

5. ¿Hay otros factores que puedan afectar el cuidado de su hijo, tales como el asma, las alergias, diabetes, convulsiones, etc.? \_\_\_\_\_ Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo(a) ha sido expuesto(a) a alguna enfermedad transmisible en los últimos 21 días? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

7. ¿Su hijo ha recibido vacuna contra el tétano? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

8. ¿Sabe usted de cualquier factor de salud que hace aconsejable que su hijo(a) siga un programa limitado de actividad física (esguinces, extremidad fracturada, etc.)? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

# AUTORIZACIÓN PARA TODO MEDICAMENTO TOMADO DURANTE HORAS ESCOLARES, ACTIVIDADES ESCOLARES, Y XCURSIONES

Este formulario debe completarse al menos una vez al año y con mayor frecuencia si la receta cambia de alguna manera o como indicado en el Programa Educativo Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) o en la Sección de la Ley de rehabilitación Plan 504.

PADRE O TUTOR LEGAL

## 1. Sección de padre o tutor legal

**AVISO:** Todos los medicamentos deben ser recetados, **incluso los medicamentos a venta libre**. Los medicamentos deben estar en su recipiente/frasco original y la etiqueta debe llevar el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis, la forma de administración, el horario de tomar la medicina y el nombre del médico u otro proveedor de atención médica autorizado (LHCP por sus siglas en inglés). Por favor, consulte las Referencias legales que rigen la administración de medicamentos en las escuelas en el reverso de este formulario.

Solicito que el personal escolar designado, sin licencia y capacitado, o la enfermera con licencia, ayuden a mi hijo a tomar esta(s) medicación(es) recetada(s) (incluyendo la medicación recetada de venta libre). Entiendo que mi hijo no puede ser asistido con la medicación en la escuela hasta que se cumplan todos los requisitos. Por la presente doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico prescriptor de mi hijo y/o con el farmacéutico y para que asesore al personal de la escuela según sea necesario con respecto a la salud de mi hijo. Estoy de acuerdo en cumplir con las políticas y regulaciones de la agencia educativa local relacionadas con la administración de medicamentos en la escuela.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Identificación \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro / No. de Salón de Clase \_\_\_\_\_

Apunte todos los medicamentos que se tomen con regularidad fuera de las horas escolares: \_\_\_\_\_

Avisaré a la escuela inmediatamente si hay cambios de cualquier tipo en los medicamentos que mi hijo toma en la escuela.

- Si lo ordena un LHCP, doy mi consentimiento para que mi hijo se auto administre medicamentos de emergencia en la escuela. Estoy de acuerdo y por la presente libero y eximo de responsabilidad a la agencia educativa local y a su consejo directivo, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios por cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido a la autoadministración de los medicamentos o que surja de ella

Firma del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono principal \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD LICENCIADO

## 2. Sección de proveedores de servicios de salud autorizados

El niño nombrado arriba está bajo mi cuidado por estos diagnósticos: \_\_\_\_\_

Es necesario que el niño reciba los siguientes medicamentos recetados durante el horario escolar.

Nombre of medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (sea específico, p.ej. miligramos, etc.) \_\_\_\_\_

Hora de administración \_\_\_\_\_ Frecuencia e indicación si es "según necesidad" \_\_\_\_\_

Método de administración \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Precauciones o efectos secundarios \_\_\_\_\_

Almacenamiento y manipulación

- Manejo rutinario, el medicamento se almacena bajo llave y es administrado por personal escolar autorizado
- Suministro de 72 horas en caso de catástrofe
- Es una *Necesidad médica* que el niño lleve una receta para el asma, anafilaxia o la diabetes, e indicar:
- Personal escolar designado para administrar
- El niño está capacitado para auto administrarse

Nombre of medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (sea específico, p.ej. miligramos, etc.) \_\_\_\_\_

Hora de administración \_\_\_\_\_ Frecuencia e indicación si es "según necesidad" \_\_\_\_\_

Método de administración \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Precauciones o efectos secundarios \_\_\_\_\_

Almacenamiento y manipulación

- Manejo rutinario, el medicamento se almacena bajo llave y es administrado por personal escolar autorizado
- Suministro de 72 horas en caso de catástrofe solo en la escuela
- Es una *Necesidad médica* que el niño lleve una receta para el asma, anafilaxia o la diabetes, e indicar:
- Personal escolar designado para administrar
- El niño está capacitado para auto administrarse

Nombre of medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (sea específico, p.ej. miligramos, etc.) \_\_\_\_\_

Hora de administración \_\_\_\_\_ Frecuencia e indicación si es "según necesidad" \_\_\_\_\_

Método de administración \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Precauciones o efectos secundarios \_\_\_\_\_

Almacenamiento y manipulación

- Manejo rutinario, el medicamento se almacena bajo llave y es administrado por personal escolar autorizado
- Suministro de 72 horas en caso de catástrofe solo en la escuela
- Es una *Necesidad médica* que el niño lleve una receta para el asma, anafilaxia o la diabetes, e indicar:
- Personal escolar designado para administrar
- El niño está capacitado para auto administrarse

Firma del LHCP o médico supervisor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del LHCP (imprimir) \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_ N° de teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

Sello LHCP  
nombre/dirección abajo:

## LEGAL REFERENCES GOVERNING THE ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOLS

### **California *Business and Professions Code.***

Health Care Providers licensed to prescribe medication include:

- Section 2051, California licensed physicians and surgeons
- Section 1625, California licensed dentists
- Section 3041, California licensed optometrists
- Section 2472, California licensed podiatrists
- Section 2836.1, California licensed nurse practitioners
- Section 2746.51, California-certified nurse midwives
- Section 3502.1, California-licensed physician assistants

### **California *Education Code.***

- Section 33031, State Board of Education adopt rules and regulations
- Section 49423, Auto-injectable epinephrine, assistance at school or carry and self-administer
- Section 49423.1, Inhaled asthma medication, assistance at school or carry and self-administer
- Section 49423.6, Regulations regarding administration of medication in public schools

**NOTE:** California *Education Code* 49423.5, specialized physical health care services, i.e., catheterization, gastric tube feeding, suctioning, or other services that require medically related training, may require additional forms and instructions signed by parent or legal guardian and physician. Request *Specialized Services* forms from school.

### **California Code of Regulations, Title 5, Education.**

Section 601, Definitions

- (a) Authorized health care provider
- (b) Medication
- (c) Medication Log
- (d) Medication Record
- (e) Other designated school personnel
- (f) Parent or legal guardian
- (g) Regular school day
- (h) School nurse

Section 602, Written Statement of Authorized Health Care Provider.

Section 603, Written Statement of the Parent or Legal Guardian.

Section 604, Administration of Medication to Pupils or Otherwise Assisting Pupils in the Administration of Medication.

Section 605, Self-Administration of Medication.

### **Local Educational Agency Policies**

Board Policy 5141.21, Administering Medication and Monitoring Health Conditions

Administrative Regulation 5141.21, Administering Medication and Monitoring Health Conditions