



# DOCUMENTO DE SALUD

Juntos Afuera: Año escolar 2024-2025

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

## Yo/nosotros estamos de acuerdo con lo siguiente: (Poner las iniciales de todos)

Entiendo/entendemos que los estudiantes participan en proyectos científicos, excursiones e interacción con profesionales de los recursos naturales y con campistas de otras escuelas. La comida y todos los materiales del campamento están incluidos.

Iniciales del padre/guardián \_\_\_\_\_

Yo/nosotros entendemos que el transporte hacia y desde los eventos de cada semana será proporcionado por el campamento.

Iniciales del padre/guardián \_\_\_\_\_

Yo he/nosotros hemos revisado todas las fechas de Juntos Afuera para mi distrito y he indicado cuantas semanas voy a asistir.

Iniciales del padre/guardián \_\_\_\_\_

Si mi hijo/a no puede asistir al campamento, yo/nosotros notificaremos a Nat Macías (209-535-6731) por lo menos 72 horas (3 días) antes del primer día de Juntos Afuera. Además, si mi hijo/a necesita salir temprano debido a una emergencia en casa, yo/nosotros nos pondremos en contacto con Nat Macías para hacer arreglos.

Iniciales del padre/guardián \_\_\_\_\_

## Política de igualdad de oportunidades y acceso del Oregon State University:

El Servicio de Extensión de Oregon State University prohíbe la discriminación en todos sus programas, servicios, actividades y materiales en base a la raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estatus de la familia/padres, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, información genética, estado de veterano, represalia o represalia por actividad previa de los derechos civiles. (No todos los términos prohibidos se aplican a todos los programas.)

Todos los miembros de la comunidad universitaria pueden comunicar sus problemas de discriminación, acoso e intimidación a la Oficina de Igualdad de Oportunidades y Acceso de la OSU (<https://eo.oregonstate.edu/complaint-information-and-procedures>).

He/hemos leído y entiendo/entendemos la política arriba mencionada e incluiré cualquier necesidad de equipo médico en las páginas que siguen. Por favor, póngase en contacto con Nat Macías ([natalie.macias@oregonstate.edu](mailto:natalie.macias@oregonstate.edu) o 209-535-6731) para cualquier consideración especial o alojamiento que pueda ser necesario durante el campamento.

Iniciales del padre/guardián \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

**Historia de la salud**

Toda la información sobre la salud debe ser completada y firmada donde se indica por un padre/tutor legal. **TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.**

Médico de familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia #1 \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia #2 \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Preocupaciones de salud - Por favor, marque y describa lo que necesita a continuación\***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias o medicación                | <input type="checkbox"/> Problemas de piel   |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas de visión/audición                                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas               | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales/de comportamiento                       |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno                      | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos  |
| <input type="checkbox"/> Lesión física reciente: _____        | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica o reciente o procedimiento operativo. |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de aprendizaje        | Describe _____   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de intestino/vejiga        |  |

**\*Proporcione información más específica sobre los preocupaciones de salud identificadas, incluyendo el tratamiento/medicación o las restricciones de actividad necesarias durante el campamento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este formulario ha sido completado por el padre/guardián que firma a continuación:

**FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros.

Nat Macías  
503-676-5279  
Natalie.macias@oregonstat.edu