

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ MAESTRO/A DE CIENCIAS: _____



Escuela Intermedia Newport Mill
Programa de Educación al Aire
Libre

Sesión 2: 18–20 de mayo de 2016



El programa de Educación al Aire Libre de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS) para los estudiantes de sexto grado es un programa muy emocionante de tres días y dos noches que va más allá del aprendizaje en las paredes de una clase.

Los formularios incluidos en este paquete deben ser debidamente llenados y entregados antes del 22 de abril de 2016.

PADRES/GUARDIANES POR FAVOR SELECCIONE UNA DE LAS OPCIONES DISPONIBLES

- ☑ Mi hijo/a SÍ participará en el programa de Educación al Aire Libre.**
 - Me interesa servir como voluntario/a durante el programa.
- ☑ Mi hijo/a NO participará en el programa de Educación al Aire Libre.** Por favor indique la razón por la cual no participará y entregue el formulario. (DEBEMOS recibir un formulario de parte de CADA estudiante.)
 - ☑ Mi hijo/a no participará en el programa de Educación al Aire Libre porque:
 - A él/ella no le interesa participar en el programa.
 - Razones financieras. (¡Ofrecemos asistencia financiera para que su niño/a pueda participar GRATIS!)
 - Razones de salud médica.
 - El programa depende de que el niño/a pase la noche fuera de la casa.
 - Alguna otra razón: _____
- ☑ Llene y entregue los formularios en ambos lados de esta hoja (Obligación Financiera, Contactos en Caso de Emergencia, Recogida en la Tarde, y Responsabilidad/Acuerdo de Exención).**
- ☑ Llene y entregue la “Autorización de los Padres/Guardián Para el Programa de Educación al Aire Libre”.**
- ☑ Llene y entregue el formulario titulado “Autorización Para Administrar Medicamentos de Receta Médica” solamente si su hijo/a requiere medicamentos.**
- ☑ Marque su calendario con las fechas de las reuniones para padres/guardianes.**

OBLIGACIÓN FINANCIERA

- El costo del Programa de Educación al Aire Libre es de \$80.00. Esto incluye: comidas, alojamiento por dos noches, una enfermera en las instalaciones, suministros para las actividades. (Por favor haga el cheque a nombre de Newport Mill Middle School. Escriba el nombre completo de su hijo en la parte de abajo)
- Ayuda financiera está disponible para que cada estudiante pueda participar en el programa.

Por favor seleccione una de las opciones disponibles para pagar por el Programa de Educación al Aire Libre:

- Quisiera hacer un pago total de \$80.
- Quisiera pagar los \$80 en más de un pago.
- No puedo pagar el costo total de \$80 pero no quiero que mi hijo/a se pierda este tremendo programa. Me gustaría recibir **asistencia financiera**.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ MAESTRO/A DE CIENCIAS: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Padre/Madre/Guardián 1: _____

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Padre/Madre/Guardián 2: _____

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto Adicional en Caso de Emergencia: _____

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

RECOGIDA EN LA TARDE

Al regresar del Smith Center a las 12:45 p.m. el día 18 de mayo para la primera sesión, o el 20 de mayo para la segunda sesión, mi hijo/a llegará a casa de la siguiente manera:

Padre/Guardián lo recogerá a las 12:45 p.m.

Mi hijo/a se irá a casa con _____

POR FAVOR RECUERDE: NO SE PERMITIRÁ QUE SU HIJO ESPERE EL BUS ESCOLAR O A UN HERMANO HASTA LAS 3:00 P.M.

RESPONSABILIDAD/ACUERDO DE EXENCIÓN

Por medio de la presente libero a cualquier personal de la Escuela Intermedia Newport Mill de cualquier obligación o responsabilidad por cualquier lesión personal o daños que resulten del transporte de mi hijo o hija al Programa de Educación al Aire Libre, asimismo con un acuerdo verbal del padre o guardián de ese estudiante.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Los formularios incluidos en este paquete deben ser debidamente llenados y entregados antes del 22 de abril de 2016.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES: Par favor complete este formulario y devuelvaselo a la maestra. La maestra entregara el formulario al asistente de salud o a la enfermera al llegar al centro de educaci6n al aire libre.

Nombre del Estudiante Student's Name	_____	D Masculino Male	D Femenino Female
Domicilio Address	_____	Fecha de Nacimiento Birth Date	____/____/____
Nombre de la Escuela School Name	_____		

Par favor marque todo lo que aplique.

- D** Mi hijo/a necesita medicamento. (Se requiere que los padres faciliten el medicamento en su envase original, con el r6tulo que identifique al mismo y correctamente autorizado en el formulario MCPS Form 525-13: Authorization to Administer Prescribed Medication (Autorizaci6n Para Administrar Medicamento de Receta Medica). Nose administrara ningun medicamento que no este en cumplimiento con MCPS Policy JPC: Administration of Medication to Pupils (Politica JPC: Administraci6n de Medicamento a Estudiantes).
My child needs medication.
- D** Mi hijo/a debe tomar los siguientes medicamentos de venta libre.
My child should take the following over-the-counter medications _____
He suministrado el formulario MCPS Form 525-13 (**no se requiere** la firma de un medico para medicamentos de venta libre en el programa de educaci6n al aire libre **solamente**).
- D** Mi hijo/a es alergico/a a las picaduras de insectos hasta el punta de necesitar atenci6n medica.
My child is allergic to insect bites to the extent that he/she needs medical treatment.
(Si se requiere adrenalina, adjunte el formulario MCPS Form 525-14: Emergency Care for Management of Anaphylaxis (Cuidados de Emergencia Para Control de Anafilaxis).)
- D** Mi hijo/a tiene una reacci6n anafilactica a ciertos alimentos.
My child has an anaphylactic reaction to food(s) _____
Adjunte el formulario MCPS Form 525-14, si se requiere adrenalina.
- Mi hijo/a es alergico/a a _____
My child is allergic to _____
- Mi hijo/a necesita una dieta especial
My child has special dietary requirements _____
(Algunas dietas especiales requeriran que los padres faciliten algunos alimentos.)
- D** Mi hijo/a tiene otras condiciones especiales que seria importante que usted conozca.
My child has other special conditions of which you should be aware. _____

Fecha de la ultima vacuna contra el Tetano

Date of student's last Tetanus shot _____ / ____ / ____

OTRA INFORMACION
OTHER INFORMATION

Nombre del Medico de la Familia
Name of Family Doctor _____

Telefono del Medico
Doctor's Telephone # _____ - ____ - ____

Telefono de la Casa de los Padres
Parent's Home Telephone # _____ - ____ - ____

Telefono del Trabajo de la Madre
Mother's Work Telephone # _____ - ____ - ____

Telefono del Trabajo del Padre
Father's Work Telephone # _____ - ____ - ____

Nombre del Contacto en Caso de Emergencia
Emergency Contact Name _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO MEDICO

INSURANCE INFORMATION

Nombre de la Campania de Segura Medico
Medical Insurance Carrier's Name _____

Grupo/Organizaci6n
Group/Organization _____

Numero de P61iza
Policy Number _____

Si la Familia es Miembro de un Plan Medico HMOIPPA
- If Family Is member of HMOIPPA

Nombre de Grupo
Name of Group _____

Oficina Utilizada
Office Used _____

Numero de Identificaci6n
ID.# _____

Telefono del Contacto en Caso de Emergencia
Emergency Contact Telephone# _____ - ____ - ____

Numero de Telefono
Telephone# _____ - ____ - ____

- D** Marque si su hijo/a es estudiante asistente de una escuela secundaria en el programa de educaci6n al aire libre y escriba el nombre de su escuela.
Check if your child is serving as a high school student assistant and list his/her school _____

Autorizo a mi hijo/a a participar en el programa de educaci6n al aire libre descrito en la carta adjunta que ya he leído. En caso de que nose puedan comunicar conmigo en una emergencia, autorizo al personal del centro de educaci6n al aire libre a que administren el tratamiento adecuado para mi hijo/a.

I give permission for my child to participate in the outdoor education program described in the accompanying letter which there shall be no other action to be taken in an emergency hereby give permission to the staff of the outdoor education center to secure proper treatment for my child

Firma, Padre/Guardian/s,gnature. Parent/Guardian

Fecha Date

INSTRUCTIONS TO THE PARENT/GUARDIAN: Please complete this form and return it to the teacher. The teacher will deliver the completed form to the health assistant or nurse upon arrival at the outdoor education center

Student's Name _____ Male Female
 Address _____ Birth Date ____/____/____
 School Name _____

Please check all that apply:

- My child needs medication. (Parent is required to furnish medication in the original properly labeled container, correctly authorized on MCPS Form 525-13: *Authorization to Administer Prescribed Medication*. No medicine will be given that is not in compliance with MCPS Policy JPC: *Administration of Medication to Pupils*.)
- My child should take the following over-the-counter medications _____
 . I have submitted MCPS Form 525-13. (A doctor's signature is **not** required for over-the-counter medications at the outdoor education program **only**.)
- My child is allergic to insect bites to the extent that he/she needs medical treatment. (If adrenalin is required, attach MCPS Form 525-14: *Emergency Care for Management of Anaphylaxis*.)
- My child has an anaphylactic reaction to _____ food(s). Attach MCPS Form 525-14 if adrenalin is required.
- My child is allergic to _____
- My child has special dietary requirements _____ . (Some special diets will require that parents supply some food.)
- My child has other special conditions of which you should be aware. They are: _____

Date of student's last Tetanus shot ____/____/____

INSURANCE INFORMATION	OTHER INFORMATION
Medical Insurance Carrier's Name _____	Name of Family Doctor _____
Group/Organization _____	Doctor's Telephone # _____
Policy Number _____	Parent's/Guardian's Home Telephone # _____
If Family is member of HMOIPPA:	Female Head of Household Work and Cell Phone # _____
Name of Group _____	Male Head of Household Work and Cell Phone # _____
Office Used _____ I.D.# _____	Emergency Contact Name _____
Telephone# _____	Emergency Contact Phone # _____

Check if your child is serving as a high school student assistant and list his/her school _____

I give permission for my child to participate in the outdoor education program described in the accompanying letter which I have read. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the staff of the outdoor education center to secure proper treatment for my child.

 Signature, Parent/Guardian _____
 Date

PARTE I-DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIAN

Por la presente, autorizo al personal de Montgomery County Public Schools (MCPS) y a Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) y solicito que se administre el medicamento de receta medica, de acuerdo a las instrucciones del medico (Parte II abajo). Estoy de acuerdo con liberar de responsabilidad, indemnizar y liberar de daños a MCPS y a MCDHHS y cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes, en lo que respecta a juicio, reclamo, demanda o acción en contra de ellos, por administrar el medicamento de receta medica a este estudiante, siempre y cuando el personal de MCPS y MCDHHS siga las instrucciones del medico, como se indica en la Parte II abajo. He leído los procedimientos descritos al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades requeridas.

I hereby request and authorize Montgomery County Public Schools (MCPS) and Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) personnel to administer prescribed medication as directed by the physician (Part II below). I agree to release, indemnify, and hold harmless MCPS and MCDHHS and any of their officers, staff members, or agents from lawsuit, claim, demand, or action against them for administering prescribed medication to this student, provided MCPS and MCDHHS staff are following the physician's order as written in Part II below. I have read the procedures outlined on the back of this form and assume the responsibilities as required.

Estudiante Student: _____ Fecha de Nacimiento Birthdate: ____/____/____ Escuela School: _____

Nombre del Medicamento Prescription: Renovado Renewal Nuevo New Si La receta es nueva, (en que fecha se administró la primera dosis de un día completo?; If new, the first full day's dosage was given at home on: ____/____/____

Enumere todos los medicamentos que el estudiante esta tomando, incluyendo medicamentos de venta libre:
List all medication(s) student is taking, including over-the-counter medication(s):

Firma del Padre/Madre/Guardian/Parent/Guardian Signature _____ Numero de Telefono/Phone Number _____ Fecha/Date _____

PART II-TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/DEVANT/DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO

The Montgomery County Department of Health and Human Services and the Montgomery County Public Schools discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in septic emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight held trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication: _____ Trade name and/or generic _____ Diagnosis: _____

Dosage: _____ Time(s) To Be Given At School: _____

Route of Administration: _____ Effective Dates: From ____/____/____ To ____/____/____

Side Effects: _____
If PRN, specify:
When indicated (signs/symptoms) _____
Frequency of administration _____

Physician's Name (print type) _____ Physician Signature _____ Phone Number _____ Date ____/____/____

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of emergency medication such as inhalers and EpiPens® must be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to the State medication policy:

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication _____ Signature _____ Date ____/____/____

School RN approval for self-carry/self-administration of emergency medication _____ Signature _____ Date ____/____/____

PART III-TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL OR SCHOOL NURSE/ DEBE SER COMPLETADA POR EL DIRECTOR/A O LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

- Check as appropriate:
- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the physician's stationery/prescription blank.)
 - Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
 - Medication label and physician order are consistent.
 - Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

INFORMACION Y PROCEDIMIENTOS

Nose administranl ning(m medicamento en la escuela o durante actividades auspiciadas porla escuela sin previa autorizaci3n escrita del padre/madre/guardian y sin una orden medica por escrito. Esto incluye tanto medicamentos recetados por un medico como medicamentos de venta libre.

- 2 Los padres/guardian son los responsables de completar la Parte I y de obtener la declaraci3n del medico en la Parte II. Este es un requisito que debe cumplirse todos los ai\os escolares para cada nueva receta o para cualquier orden medica de continuaci3n de un medicamento, o si existiese algun cambio en la dosis o en el horario de administraci3n de un medicamento durante el ciclo escolar. (El medico puede optar por usar papel membrete o su bloc de recetas, en vez de completar la Parte II.) La informaci3n requerida incluye: el nombre del estudiante, el diagn3stico medico, el nombre del medicamento, la dosis, el horario de administraci3n, la duraci3n del medicamento, efectos secundarios, la firma del medico y la fecha.
- 3 El medicamento debe ser entregado a la escuela por los padres/guardian o, en circunstancias especiales, por un adulto designado por los padres/guardian. El personal escolar de salud (MCDHHS) o personal de MCPS no administraran, bajo ningUn motivo, un medicamento que haya sido traído a la escuela por el estudiante.
- 4 Todos los medicamentos de receta medica debenln entregarse en un envase con r3tulo de identificaci3n generado por la farmacia. Cualquier medicamento de venta libre/sin receta medica debera estar en su envase original con el r3tulo de fabrica. Cualquier muestra medica debenl tener un r3tulo con las instrucciones del medico.
- 5 Para cualquier nuevo medicamento, la dosis del primer dia debenl ser administrada en el hogar, antes de que pueda ser administrada en la escuela.
- 6 Es la responsabilidad de los padres/guardian recoger cualquier resto de medicamento que no haya sido utilizado dentro de un periodo de una semana despues de haberse vencido la orden del medico o a!final del ciclo escolar. Los medicamentos que no sean recogidos dentro de ese lapso de tiempo seran desechados.
- 7 Medicamentos de administraci3n propia y/o medicamentos no recetados por un medico son enteramente la responsabilidad de los padres/guardian y no de Montgomery County Public Schools o de Montgomery County Department of Health and Human Services. La enfermeria de la escuela no almacenara medicamentos que no vayan acompafiados por una orden medica y una autorizaci3n firmada por los padres/guardian.
- 8 Los estudiantes no pueden autoadministrarse ninguna sustancia control ada.
- 9 Se necesita una orden medica y autorizaci3n de los padres/guardian para portar consigo y autoadministrarse medicamentos tales como inhaladores para tratamiento del asma y "EpiPens" para anafilaxis. La enfermera de la escuela dcbn\ c' aluar y aprobar la habilidad y capacidad del cstudiante para autoadministrarse un medicamento. Es fundamental que el estudiante entienda la necesidad de informar al personal de salud o al personal de MCPS cuando eUella haya utilizado un inhalador y el mismo no haya sut-tido efecto, o cuando haya utilizado un "Epi-Pen", para entonces llamar al 911.
- 10 La enfermera de la escuela (RN) se comunicara con el medico que haya originado la receta, como lo permite HIPAA, si se presenta alguna pregunta relacionada a!estudiante y/o a!medicamento del estudiante.



Newport Mill Middle School
Programa de Educación al Aire Libre



Sesión 2: 18–20 de mayo de 2016

INFORMACIÓN GENERAL

REUNIONES PARA PADRES/GUARDIANES

- ▲ **13 de enero de 2016:** 8:00am and 6:30 pm - la biblioteca de la escuela Newport Mill
- ▲ **16 de marzo de 2016:** 6:30pm - biblioteca de la escuela Newport Mill

OBLIGACIÓN FINANCIERA

- ❑ El costo del Programa de Educación al Aire Libre es de \$80.00. Esto incluye: comidas, alojamiento por dos noches, una enfermera en las instalaciones, suministros para las actividades. (Por favor haga el cheque a nombre de Newport Mill Middle School. Escriba el nombre completo de su hijo en la parte de abajo)
- ❑ Ayuda financiera está disponible para que cada estudiante pueda participar en el programa.

MEDICAMENTOS

- ❑ **Todo medicamento**, incluyendo aspirina, vitaminas y medicina para la tos que deba ser administrada durante el programa de educación al aire libre, debe estar acompañada del formulario de MCPS 525-13 "Authorization to Administer Prescribed Medication to an MCPS Pupil While in School".
 - ❑ **Para medicamentos que requieren prescripciones**, el recipiente del medicamento debe estar marcado con el nombre del estudiante y el equipo. Prescripciones médicas deben estar en su contenedor original con la etiqueta de la farmacia.
 - ❑ **Las medicinas sin prescripción** deben estar en un envase sin abrir. Los padres deben traer los medicamentos de sus hijos, con el nombre del estudiante escrito en una etiqueta y el formulario 525-13 a la enfermera de la escuela antes del día viernes, 12 de abril de 2013. Los medicamentos serán almacenados y serán administrados por la sala de salud en el Smith Center. Al finalizar el programa, los padres deben recoger los medicamentos de la enfermería de la escuela.
- ❑ **Por favor tome nota: Medicamentos NO PUEDEN ser entregados por un estudiante. Éstos deben ser personalmente traídos a la enfermería de la escuela por un ADULTO.**

RESTRICCIONES DIETÉTICAS

Si su hijo requiere de una dieta especial por razones religiosas o médicas, por favor envíe las instrucciones dietéticas con la papeleta de permiso. **En casos extremos, se les pedirá a los padres que envíen comidas preparadas para las necesidades de sus hijos.**

CLIMA

Nuestras actividades al aire libre se llevarán a cabo así haga frío o llueva. Los estudiantes deben estar preparados con la vestimenta apropiada.

UBICACIÓN:

Centro de Education Ambiental Lathrop E. Smith 5110 Meadowside Lane, Rockville, MD 20855

Sesión 2: 18–20 de mayo de 2016

¿Preguntas? Llame a Jaclyn Pollock, Susie Reff, o Jessica Snyder al 301-929-2244