

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

OUTDOOR SCHOOL HEALTH HISTORY / HISTORIAL DE SALUD DE ESCUELA AL AIRE LIBRE

STUDENT NAME/Nombre del estudiante: _____

STUDENT DOB/ Fecha de nacimiento del estudiante: _____ **TEACHER/** Maestro/a: _____

Instructions: Parent/Guardian must complete forms and return to your child's school as soon as possible /

Instrucciones: padre/tutor, complete el formulario y devuélvelo a la escuela de su hijo/a lo antes posible

Parent Name/Nombre del padre: _____ **Parent Signature/** Firma de los padres: _____

ALLERGIES / ALERGIAS

Please list ALL KNOWN allergies, including reaction and treatment to be given:

Marque todas las alergias conocidas, incluyendo la reacción y el tratamiento a administrar:

- ☐ **No Known Allergies/** sin alergias conocidas
- ☐ **Food Allergies/** alergias a los alimentos: _____ **Reaction/** reacción: _____
- ☐ **Medication/** medicamento: _____ **Reaction/** reacción: _____
- ☐ **Environmental or seasonal/** ambiental o estacional **Reaction/** reacción: _____
- ☐ **Other/** otro: _____

DIET / NUTRICIÓN

Please check all that apply, and give any specifics that will help the kitchen staff provide the best possible nutritional support. / Marque todo lo que corresponda y proporcione cualquier información específica que ayude al

personal de la cocina a brindar el mejor apoyo nutricional posible.

- ☐ **Eats a normal diet/** come una dieta normal
- ☐ **Vegetarian/** vegetariano/a
- ☐ **Other (specify)/** otro (especifique): _____

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

Does your child have a history of any of the following? Check all that apply:

¿Su hijo/a tiene antecedentes de alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

- ☐ **Asthma / asma** **Do they currently use a prescribed inhaler? / ¿Usan un inhalador prescrito?:** **Yes /sí** **No /no**
- ☐ **Diabetes Type 1 or 2 / diabetes tipo 1 o 2** **Insulin-dependent / dependiente de insulina:** **Yes /sí** **No /no**
- ☐ **Seizures / convulsiones** **Seizure type / tipo de convulsión:** _____
- ☐ **Heart problems / problemas del corazón** **Diagnosis / diagnóstico:** _____
- ☐ **Chronic illness / enfermedad crónica** **Diagnosis / diagnóstico:** _____
- ☐ **Recent Hospitalization / hospitalización reciente** **Date /fecha:** _____ **Reason /razón:** _____
- ☐ **Recent Surgery / cirugía reciente** **Date /fecha:** _____ **Reason /razón:** _____
- ☐ **Recent Injury / lesiones recientes** **Date /Fecha:** _____ **Describe /describir:** _____

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

- ☐ **Physical disabilities** / Discapacidades físicas **Specify** /especificar: _____
- ☐ **Bed-Wetting** / mojar la cama
- ☐ **Sleepwalking** / somnambulismo
- ☐ **Nightmares** / pesadillas
- ☐ **Migraines** / migrañas
- ☐ **Other (specify)** / Otra (especifique): _____

Please explain any items checked above: / *Por favor explique cualquier elemento marcado arriba:*

ACTIVITY RESTRICTIONS / RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD

Any restrictions on your child's activity while at camp?

¿Alguna restricción en su actividad mientras está en el campamento?

- ☐ **Yes** / Sí
- ☐ **No** / No

If yes, please explain: / *En caso afirmativo, explíquelo por favor:*

BEHAVIORAL/ MENTAL/ EMOTIONAL HEALTH / SALUD CONDUCTUAL, MENTAL Y EMOCIONAL

Has your child been diagnosed or is currently being treated for any of the following?

¿Ha sido diagnosticado o tratado su hijo/a por alguno de los siguientes?

- ☐ **Anxiety** / ansiedad
- ☐ **Depression** / depresión
- ☐ **Attention-deficit disorder (ADD)** / el trastorno de déficit de atención (TDA)
- ☐ **Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)** / el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- ☐ **Obsessive-compulsive disorder (OCD)** / trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- ☐ **Post-traumatic stress disorder (PTSD)** / trastorno de estrés postraumático
- ☐ **Learning disability** / discapacidad de aprendizaje
- ☐ **Oppositional defiant disorder (ODD)** / el trastorno de oposición desafiante (ODD)
- ☐ **Eating disorder** / trastorno alimentario
- ☐ **Developmental disabilities** / discapacidades del desarrollo
- ☐ **Other psychiatric or behavioral health diagnosis (specify)** / Otro diagnóstico psiquiátrico (especifique) :

Please explain any items checked above / *Por favor explique cualquier elemento marcado arriba :*

Does your child currently see a mental health professional? / *¿Su hijo/a ve a un profesional de la salud mental?*

- ☐ **Yes/** Sí
- ☐ **No/** No

Any home, family, or other life experiences or circumstances that we should know about? Please explain:

¿Algunas experiencias o circunstancias del hogar, familia u otras que debemos saber? Por favor explique:

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

MEDICATIONS / MEDICAMENTOS

INSTRUCTIONS: Please list ALL the medications and/or supplements that your child will need at outdoor school, including vitamins, prescriptions, and/or over-the-counter medications. If your child will not require any medication and/or supplements while at the Outdoor School, there is no need to complete the medication list on the next page. If your child is already taking medications at school, the paperwork and medication will travel to Outdoor School with a teacher, and no further action is necessary.

All medications and/or supplements must have:

- Original Pharmacy and/or New and Sealed (unopened) original manufacturer containers.
- Student Name (medications belonging to anyone else are not accepted).
- Current Date (expired medications are not accepted).
- A [School Medication Administration Order](#) signed by Medical Provider **AND** Parent/Guardian for EACH medication and/or supplement listed with directions from Medical Provider (written parent instructions are not accepted)

After completing all the steps mentioned above, kindly ensure that an adult promptly delivers the required medication(s) and/or supplement(s) to the school's health office. **This should be done as soon as possible and no later than 1 week BEFORE the scheduled departure date for outdoor school.** This ensures that we have enough time to prepare all medications and orders.

Please note that ALL student medications and supplements will be sent with the teachers and administered at the camp. **IMPORTANT REMINDER: DO NOT pack any medications or supplements in your child's suitcase/backpack.**

INSTRUCCIONES: Marque TODOS los medicamentos y/o suplementos que su hijo/a necesitará en la Escuela al Aire Libre, incluyendo vitaminas, recetas médicas y/o medicamentos de venta libre. Si su hijo/a no necesitará ningún medicamento y/o suplemento durante la Escuela al Aire Libre, no es necesario completar la lista de medicamentos en la siguiente página. Si su hijo ya está tomando medicamentos en la escuela, la documentación y los medicamentos se llevarán a la Escuela al Aire Libre con un maestro y no se requiere ninguna acción adicional.

Todos los medicamentos y/o suplementos deben tener:

- Envases originales de la farmacia y/o envases originales del fabricante nuevos y sellados (sin abrir).
- Nombre del estudiante (no se aceptarán medicamentos pertenecientes a otras personas).
- Fecha actual (no se aceptan medicamentos vencidos).
- Una [Orden de Administración de Medicamentos Escolares](#) firmada por el proveedor médico Y el padre/ guardián para CADA medicamento enumerado que irá con el estudiante al campamento al aire libre. (No se aceptan instrucciones escritas de los padres)

Después de completar todos los pasos mencionados anteriormente, asegúrese de que un adulto entregue rápidamente la medicación y/o suplementos requeridos en la oficina de salud de la escuela. **Esto debe hacerse lo antes posible y a más tardar 1 semana ANTES de la fecha programada de salida para el campamento al aire libre.** Esto asegura que tengamos tiempo suficiente para preparar todos los medicamentos y pedidos.

Tenga en cuenta que TODOS los medicamentos/suplementos se enviarán con los maestros y se administrarán en el campamento. **RECORDATORIO IMPORTANTE: NO incluya ningún medicamento y/o suplemento en la maleta de su hijo.**



*****LIST ANY MEDICATIONS/SUPPLEMENTS ON NEXT PAGE*****



*****ENUMERE CUALQUIER MEDICAMENTO/SUPLEMENTO EN LA PRÓXIMA PÁGINA*****



ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

STUDENT NAME/Nombre del estudiante: _____

STUDENT DOB/ Fecha de nacimiento del estudiante: _____ **TEACHER/** Maestro/a: _____

Parent Name/Nombre del padre: _____ **Parent Signature/** Firma de los padres: _____

MEDICATION LIST / LISTA DE MEDICAMENTOS

<i>Name of Medication / Nombre del medicamento</i>	<i>Reason for Taking / Razón para tomar</i>	<i>Amount and Dose Given / Cantidad y dosis dadas</i>	<i>Time Given / Tiempo dado</i>	<i>How It's Given / Cómo se administra</i>
			☐ Breakfast / Desayuno ☐ Lunch / Almuerzo ☐ Dinner / Cena ☐ Bedtime / Hora de acostarse	
			☐ Breakfast / Desayuno ☐ Lunch / Almuerzo ☐ Dinner / Cena ☐ Bedtime / Hora de acostarse	
			☐ Breakfast / Desayuno ☐ Lunch / Almuerzo ☐ Dinner / Cena ☐ Bedtime / Hora de acostarse	
			☐ Breakfast / Desayuno ☐ Lunch / Almuerzo ☐ Dinner / Cena ☐ Bedtime / Hora de acostarse	
			☐ Breakfast / Desayuno ☐ Lunch / Almuerzo ☐ Dinner / Cena ☐ Bedtime / Hora de acostarse	