

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

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: _____
- Medication/** Medicamento: _____
- Environmental or seasonal/** Ambiental o estacional
- 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 camper / staff have a history of any of the following? Check all that apply:

¿El campista/el personal tiene antecedentes de alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

- Asthma /** asma
- Diabetes /** diabetes
- Sleepwalking /** Somnambulismo
- Nightmares /** Pesadillas
- Bed wetting /** mojar la cama
- Hospitalization /** Hospitalización
- Surgery /** Cirugía
- Chronic illness /** Enfermedad crónica
- Mononucleosis /** Mononucleosis
- Heart problems /** Problemas del corazón
- Migraines /** Migrañas
- Seizures /** convulsiones
- Recent injuries /** Lesiones recientes
- Physical disabilities /** Discapacidades físicas
- Other (specify) /** Otra (especifique): _____

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

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

ACTIVITY RESTRICTIONS / RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD

Any restrictions on your 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:

MENTAL & EMOTIONAL HEALTH / SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

Has camper / staff been diagnosed or treated for any of the following?

¿Ha sido diagnosticado o tratado el campista/personal por alguno de los siguientes?

- ADD** / el trastorno de déficit de atención (TDA)
- ADHD** / el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Anxiety** / ansiedad
- OCD** / trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- PTSD** / trastorno de estrés postraumático
- Learning disability** / discapacidad de aprendizaje
- ODD** / el trastorno de oposición desafiante (ODD)
- Eating disorder** / trastorno alimentario
- Depression** / depresión
- Developmental disabilities** / discapacidades del desarrollo
- Other psychiatric diagnosis (specify)** / Otro diagnóstico psiquiátrico (especifique) :

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

Does the Camper / Camp Counselor see a mental health professional? /

¿El Campista/Consejero del Campamento 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:

MEDICATIONS / MEDICAMENTOS

List ALL the medications that are coming with camper/ staff to camp, including vitamins, prescriptions and over-the-counter meds. All medication must have:

- **Original pharmacy or manufacturer containers**
- **Name (meds belonging to anyone else are not accepted)**
- **Current date (expired meds are not accepted)**
- **A School Medication Administration Order by Signed by Medical Provider (see attached form)**

Marque TODOS los medicamentos que vienen con el campista/el personal al campamento, incluya vitaminas, medicamentos con y sin receta. Todo medicamento debe tener:

- *Envases originales de farmacia o fabricante*
- *Nombre (no se aceptan medicamentos que pertenezcan a otra persona)*
- *Fecha actual (no se aceptan medicamentos vencidos)*
- *Una orden de administración de medicamentos de la escuela firmada por un proveedor médico (consulte el formulario adjunto)*

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

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>
			<input type="checkbox"/> Breakfast / Desayuno <input type="checkbox"/> Lunch / Almuerzo <input type="checkbox"/> Dinner / Cena <input type="checkbox"/> Bedtime / Hora de acostarse	
			<input type="checkbox"/> Breakfast / Desayuno <input type="checkbox"/> Lunch / Almuerzo <input type="checkbox"/> Dinner / Cena <input type="checkbox"/> Bedtime / Hora de acostarse	
			<input type="checkbox"/> Breakfast / Desayuno <input type="checkbox"/> Lunch / Almuerzo <input type="checkbox"/> Dinner / Cena <input type="checkbox"/> Bedtime / Hora de acostarse	
			<input type="checkbox"/> Breakfast / Desayuno <input type="checkbox"/> Lunch / Almuerzo <input type="checkbox"/> Dinner / Cena <input type="checkbox"/> Bedtime / Hora de acostarse	
			<input type="checkbox"/> Breakfast / Desayuno <input type="checkbox"/> Lunch / Almuerzo <input type="checkbox"/> Dinner / Cena <input type="checkbox"/> Bedtime / Hora de acostarse	

***Please note: ONE School Medication Administration Order form (see attached) must be completed and signed by the medical provider for EACH medication that will be going with the student to outdoor school.**

***Tenga en cuenta: UN formulario de administración de medicamentos escolares (ver adjunto) debe ser completado y firmado por el proveedor médico para CADA medicamento que se llevará al estudiante a la escuela al aire libre.**