

PAQUETE

PARA PADRES

TEMPORADA 2026-2027

Lista de Formularios para Padres

Esta lista se proporciona para ayudar a las familias a asegurarse de que todos los formularios requeridos se completen y se entreguen a tiempo. Los formularios marcados como Obligatorios deben enviarse antes de la fecha límite establecida por la escuela para que los estudiantes puedan asistir. Los formularios Opcionales están disponibles para situaciones especiales o permisos adicionales. Por favor, revise cada elemento con atención y marque los formularios conforme los vaya completando

Formularios Obligatorios

- Términos y Condiciones de Participación** - Confirma que comprende las reglas del programa, las expectativas y las políticas de supervisión. Se requiere la firma del padre, madre o tutor.
- Acuerdo de Salud y Bienestar** - Confirma que comprende los procedimientos y protocolos médico(a)s relacionados con su hijo(a). Se requiere la firma del padre, madre o tutor.
- Formulario de Historial médico(a)** - Proporciona información actual de salud, medicamentos, alergias y contactos de emergencia. Se requiere la firma del padre, madre o tutor.
- Exención de Responsabilidad de Participación en WVOE (Wonder Valley Outdoor Education)**

Formatos opcionales

- Formulario de Permiso e Instrucciones para la Administración de Medicamentos** - Si su hijo(a) necesita recibir medicamentos durante el programa, este formulario debe completarse y llevar la firma tanto del padre, madre o tutor como del médico. Esto autoriza a la enfermera o al personal designado a administrar los medicamentos recetados o de venta libre, si fuera necesario.

Nota:

Los paquetes de formularios incompletos pueden retrasar o impedir la participación de su hijo(a) en el programa educativo al aire libre de Wonder Valley.

Para preguntas o ayuda con los formularios, comunícate con nosotros. ¡Estamos aquí para ayudarte a que el viaje de tus estudiantes sea inolvidable!

¡Bienvenidos al Centro de Educación al Aire Libre de Wonder Valley!

Estimados Padres o Tutores:

Estamos muy contentos de dar la bienvenida a su hijo(a) al Programa de Educación al Aire Libre de Wonder Valley. Nuestro objetivo es ofrecerles una experiencia que nunca olviden. Este programa está diseñado para que los estudiantes aprendan de una forma práctica, relacionando lo que ven en el salón de clases con la naturaleza, fomentando la curiosidad, el trabajo en equipo y el amor por el mundo natural.

Durante la visita, su hijo(a) estará bajo el cuidado de los acompañantes responsables seleccionados por su escuela. Además, el personal de Wonder Valley estará presente en todo momento para enseñar las clases y apoyar al grupo escolar. Nuestro equipo está bien capacitado y listo para ofrecer un programa variado, divertido y educativo. Agradecemos la confianza que ustedes ponen en nosotros al permitir que su hijo(a) participe en esta experiencia.

Si esta es la primera vez que su familia participa con nosotros, no dude en comunicarse para preguntar cómo está su hijo(a). Es común que algunos niños se sientan nerviosos antes de subir al autobús, pero una vez que comienzan las actividades, se emocionan y disfrutan aprendiendo.

Puede enviarnos un correo electrónico a frontdesk@wondervalley.com o llamarnos al (559) 787-2551. Durante la estancia de su hijo(a), nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después de las 8:00 p.m., las llamadas se enviarán al buzón de voz de la Oficina del Resort, el cual se revisa con frecuencia.

En caso de emergencia, puede llamar al 1-800-821-2801 durante el horario de oficina, o al 1-559-289-8788 después de ese horario.

Muchas gracias nuevamente por confiar en nosotros esta parte tan importante de la educación de su hijo(a). Estamos muy felices de recibirlo(a) y de brindarle una experiencia inolvidable en Wonder Valley.

Con aprecio,

Mikaela Silva
Directora del Programa



Preguntas Frecuentes

¿Cómo son las cabañas?

Todas nuestras cabañas cuentan con calefacción y aire acondicionado, alfombra, amplios closets y colchones cómodos. Muchas habitaciones tienen baño y regadera privada dentro. Nuestro edificio moderno tipo dormitorio cuenta con baños comunitarios, con regaderas y baños completamente privados (de piso a techo).

¿Qué aprenderá mi hijo(a)?

Nuestros programas incluyen una gran variedad de clases interesantes, como ciencias, educación al aire libre, actividades de aventura, trabajo en equipo y liderazgo.

¿Desde cuándo existe Wonder Valley?

El Wonder Valley Outdoor Education Center fue fundado en 1995 por la familia Oken, quienes tienen más de 150 años de experiencia combinada como educadores y entrenadores. La familia Oken ha dirigido programas para jóvenes desde 1967, cuando abrieron River Way Ranch Camp, un campamento de verano acreditado y galardonado. Actualmente continúan ofreciendo experiencias educativas y recreativas durante todo el año.

¿Cómo es el clima?

A una altitud de 662 pies (aprox. 200 metros), Wonder Valley generalmente disfruta de un clima agradable con muchos días soleados. Aunque estamos por debajo de la zona donde cae nieve y normalmente no nieva, puede haber lluvias y clima frío entre octubre y marzo. Le recomendamos revisar el pronóstico del tiempo para Sanger, CA (93657) la semana antes del viaje y empacar de acuerdo con el clima. Mantenerse abrigado y seco ayuda a que los estudiantes disfruten más la experiencia.

¿Habrá acompañantes en la cabaña con mi hijo(a)?

Sí. Requerimos que en cada cabaña haya al menos un acompañante (proveído por la escuela) que se quede con los estudiantes.

¿Cómo se sirven las comidas?

Ofrecemos comidas tipo buffet con muchas opciones para que todos los estudiantes encuentren algo que les guste. También contamos con una barra de ensaladas con una gran variedad de ingredientes frescos, además de opciones vegetarianas y con carne. Entendemos que algunos niños son selectivos con la comida; el formato de buffet con alimentos nutritivos y aptos para niños suele ayudar a que todos encuentren algo que disfruten.

¿Qué pasa si mi hijo(a) tiene necesidades dietéticas especiales o alergias alimentarias?

Con gusto adaptamos nuestro menú según las necesidades de los estudiantes. Podemos atender alergias específicas, restricciones alimentarias, dietas veganas, entre otras. Si su hijo(a) tiene alguna necesidad especial o alergia, le pedimos indicarlo al llenar el formulario de salud requerido. Si tiene dudas o necesidades específicas, puede comunicarse con la escuela de su hijo(a) o directamente con nuestro equipo de oficina.

¿Cómo se asignan las cabañas? ¿Mi hijo(a) estará con su amigo(a)?

Las cabañas son asignadas por la escuela. Le recomendamos comunicarse directamente con la escuela de su hijo(a) para cualquier solicitud especial de alojamiento.

¿Qué tipo de artículos se venden en la tienda temporal de regalos?

Durante su descanso, los estudiantes tendrán la oportunidad de visitar nuestra tienda temporal de regalos. Entre los artículos disponibles se incluyen botellas de agua conmemorativas, mochilas de cordón, llaveros, calcomanías, juguetes STEM y más. Los precios varían entre \$2 y \$15 dólares.

Lista de Empaque

MARQUE TODAS LAS PRENDAS CON PLUMA INDELEBLE O ETIQUETA CON NOMBRE.

NO ENVÍE ROPA QUE REQUIERA CUIDADOS ESPECIALES (TINTORERÍA, LAVADO A MANO O PLANCHA).

Ropa

- ☐ 3 playeras y 1 camisa de manga larga
- ☐ 3 pares de calcetas
- ☐ 2 Pares de ropa interior
- ☐ 2 pares de pijamas
- ☐ 1 par de zapatos cerrados (no crocs)
- ☐ 1 sudadera y 1 chamarra
- ☐ 1 par de sandalias para bañarse /chancclas
- ☐ Ropa extra (llevar en la mochila de día)
- ☐ 2 pares de pantalones largos

Misceláneos

- ☐ Linterna y pilas (opcional)
- ☐ Crema para el sol
- ☐ Mochila pequeña o de día
- ☐ Repelente de insectos
- ☐ Plumitas, lápices y papel
- ☐ Botella de agua reutilizable
- ☐ Lentes para el sol (opcional)

Productos de higiene

- ☐ Jabón para el cuerpo
- ☐ Cepillo dental y pasta
- ☐ Bolsa de ducha portátil para guardar tus artículos de aseo
- ☐ Cepillo / Peine
- ☐ Shampoo y acondicionador
- ☐ Protector labial
- ☐ Desodorante
- ☐ Ligas y scrunchies para el cabello (si el pelo es largo)

Ropa de cama y sábanas

- ☐ 1 bolsa de dormir, o 1 juego de sábanas individual (ajustable y plana) con 1 cobija.
- ☐ 1 almohada
- ☐ 1 toallita
- ☐ 1 toalla
- ☐ Funda extra para almohada (si se usa como bolsa para la ropa)

Clima Frío (finales de octubre – marzo)

Además de la lista anterior, traiga lo siguiente si es posible:

- Chamarra o poncho impermeable
- Calcetas de lana + calcetas extra
- Capas abrigadoras extra (suéteres, camisas de manga larga, chalecos, etc.)
- Si se pronostica lluvia, se recomiendan botas de lluvia

Empaca la ropa en una bolsa tipo duffel o maleta pequeña con el nombre de tu estudiante bien visible.

Nota sobre el clima:

En Wonder Valley puede llover y hacer frío de octubre a marzo. Incluso en días soleados, las noches pueden ser frescas. Revise el pronóstico para Sanger, CA (93657) la semana antes de salir y empaque en consecuencia. Mantenerse abrigados y secos ayuda a que los estudiantes tengan la mejor experiencia.



Ejemplo de Horario

(Nota: los horarios pueden cambiar según la escuela, la duración de la estancia, las horas de luz y el clima.)

Día 1	Día 2	Día 3
● Llegada— 10:00 a.m. ● Descarga de equipaje y recorridos por la propiedad — 10:00–11:15 a.m. ● Asignación de cabañas y orientación — 11:15 a.m.– 12:00 p.m. ● Comida—12:00–12:45 p.m. ● Periodo 1 — 12:45–2:00 p.m. ● Periodo 2 — 2:15–3:25 p.m. ● Refrigerio— 3:25–4:00 p.m. ● Periodo 3 — 4:00–5:15 p.m. ● Hora de duchas — 5:15–6:15 p.m. ● Cena— 6:15–7:00 p.m. ● Programa de Noche — 7:15– 9:00 p.m. ● Hora de dormir — 9:30 p.m.	● Almuerzo— 8:00 a.m. ● Periodo 4 — 9:00–10:15 a.m. ● Periodo 5 — 10:25–11:40 a.m. ● Comida— 12:00–12:45 p.m. ● Periodo 6 — 12:45–2:00 p.m. ● Periodo 7 — 2:10–3:25 p.m. ● Refrigerio (Gift Shop open) — 3:25–4:00 p.m. ● Periodo 8 — 4:00–5:15 p.m. ● Hora de duchas — 5:15–6:15 p.m. ● Cena— 6:30 p.m. ● Programa de Noche — 7:15– 9:00 p.m. ● Hora de Dormir — 9:30 p.m.	● Empacar y limpiar la cabaña — antes del desayuno ● Mover el equipaje al área designada — según lo asignado ● Desayuno — 8:00 a.m. ● Salida — 9:00 a.m.



WONDER VALLEY OUTDOOR EDUCATION CENTER WESTERN CAMPS, INC.
CONVENIO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, LIBERACIÓN Y
ACEPTACIÓN DE RIESGO
(LEA CON ATENCIÓN)



He solicitado permiso para participar en los programas de actividades del Wonder Valley Outdoor Education Center, que pueden incluir canotaje, circuito de cuerdas, tiro con arco, equitación, excursiones educativas, aprendizaje-servicio y/o actividades de desarrollo profesional—(el “Programa”). Deseo participar en las actividades del Programa por mi propia cuenta y riesgo, y no como empleado(a), agente u otro representante de las Partes Exoneradas (definidas más adelante). Entiendo que se me concederá dicho permiso únicamente si firmo el presente Convenio de Exoneración de Responsabilidad, Liberación y Aceptación de Riesgo (en adelante, el “Convenio”).

Declaro y acepto que (1) Estoy ofreciendo mis servicios de manera voluntaria para participar en el Programa, sin expectativa alguna de pago o compensación, ya que deseo participar personalmente en el mismo; (2) Realizaré las tareas que me sean asignadas con el mejor de mis esfuerzos y dentro de mis capacidades, absteniéndome de realizar aquellas que excedan mis habilidades; (3) Estoy familiarizado(a) con el uso y operación segura del equipo o herramientas que pueda utilizar durante esta actividad, y no emplearé ningún equipo o herramienta que me resulte desconocido(a) o cuyo uso seguro no domine; (4) He recibido instrucciones completas respecto al trabajo que desempeñaré en el Programa, incluyendo los procedimientos de seguridad y emergencia, y entiendo dichas instrucciones; (5) Utilizaré únicamente los materiales, equipos y herramientas proporcionados por las personas encargadas de supervisarme dentro del Programa, y me abstendré de realizar cualquier acción que cause daño al entorno o al medio ambiente; (6) Cumpliré todas las normas de seguridad y actuaré con prudencia en el desempeño de mis actividades; (7) Participo en esta actividad por voluntad propia y bajo mi propio riesgo, y no en calidad de empleado(a), agente, funcionario(a), representante u oficial de ninguna de las Partes Liberadas. Reconozco que no tengo derecho a recibir compensación, beneficios ni cobertura de seguros por parte de las Partes Liberadas, ni presentaré reclamación alguna en ese sentido; y (8) He sido informado(a) sobre el contenido del Artículo 35330 del Código de Educación del Estado de California, el cual aplica al Programa y establece que: “Todas las personas que participen en el viaje o excursión se considerarán como si hubieran renunciado a toda reclamación en contra del distrito, de una escuela autónoma (charter school) o del Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o fallecimientos que ocurren durante o con motivo de dicho viaje o excursión.”

A cambio del permiso para participar en el Programa, asumo personalmente todos los riesgos de cualquier daño, perjuicio o lesión —previstos o imprevistos— asociados con mi visita y participación en el Programa. Entiendo y acepto que Western Camps, Inc., que opera como Wonder Valley Outdoor Education Center, y sus respectivos empleados, propietarios, directivos, agentes, miembros, fideicomisarios, beneficiarios, afiliadas, cesionarios, aseguradoras y socios del Programa (las “Partes Exoneradas”) no serán responsables de ninguna manera por lesiones, fallecimiento u otros daños que yo, mi familia, herederos o cesionarios pudiéramos sufrir como resultado de mi participación en el Programa o de cualquier actividad realizada en los lugares asociados al Programa, ni por responsabilidad de producto ni por negligencia (activa o pasiva) de cualquier parte relacionada de algún modo con mi participación en el Programa. Me obligo a indemnizar, defender y mantener indemnes a las Partes Liberadas frente a cualquier reclamación o demanda por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia presentada por mí, mi familia, mi patrimonio, herederos o cesionarios, relacionada de cualquier manera con mi visita al Programa o con las actividades realizadas durante mi estancia.

Entiendo que participar en el Programa implica ciertos riesgos inherentes, incluyendo, entre otros, lesiones, infecciones o pérdida de la vida debido a la proximidad de cuerpos de agua, terrenos irregulares, vegetación densa, fauna silvestre o doméstica, condiciones ambientales, o por esfuerzo físico excesivo. Reconozco que algunas actividades del Programa pueden desarrollarse en o cerca del agua, y que existe la posibilidad de caer al agua y necesitar nadar o vadear para salir. A pesar de dichos riesgos, los acepto plenamente y deseo participar en el Programa. Asimismo, declaro que no tengo limitaciones personales conocidas que me impidan participar en el Programa. Acepto realizar únicamente aquellas actividades del Programa que sean coherentes con mis capacidades personales, actuando con discreción. En caso de sufrir una lesión durante mi participación, autorizo a cualquier profesional médico o médico cirujano con licencia para que realice el tratamiento de emergencia o intervención quirúrgica que, a su exclusivo juicio, considere necesario.

Este consentimiento se otorga conforme al Código de Familia de California § 6910. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original y podrá entregarse a los proveedores de atención médica según sea necesario. Consiento la divulgación de cualquier registro médico que sea necesario para fines de tratamiento, referencia, facturación o de seguros. Asumo la plena responsabilidad financiera por todos los costos asociados con dicha atención médica, transporte y gastos relacionados.

Entiendo que los términos de este documento son vinculantes, y lo firmo libremente y por mi propia voluntad. Declaro haber leído completamente su contenido antes de firmarlo, y que tengo más de 18 años de edad y plena capacidad legal para suscribir este documento.

Nombre del Participante (Nombre Completo): _____

Domicilio y teléfono: _____

Persona de contacto en caso de emergencia y teléfono: _____

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS, ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR SU PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL.

Yo, padre/madre o tutor(a) legal del participante mencionado, autorizo su participación en los programas del Wonder Valley Outdoor Education Center. Declaro que he leído y comprendido íntegramente este Acuerdo de Exoneración, Liberación y Asunción de Riesgo, y que acepto voluntariamente todas sus disposiciones. En mi propio nombre, en nombre del participante y de cualquier persona que pudiera tener un interés legal derivado de las posibles reclamaciones del participante, libero y exonero de toda responsabilidad a Western Camps, Inc., que opera como Wonder Valley Outdoor Education Center, así como a sus empleados, agentes, funcionarios y representantes, por cualquier lesión, daño o pérdida que pudiera ocurrir durante o con motivo de la participación del menor en el Programa, excepto en los casos de negligencia grave o conducta dolosa.

Reconozco que firmé este documento de manera libre, consciente y con pleno conocimiento de sus efectos legales, quedando legalmente obligado(a) por todas sus condiciones.

Nombre en letra de molde (Nombre y Apellido): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Términos y Condiciones de Asistencia

Escuela/Grupo: _____ **Nobre del Estudiante:** _____

Este documento describe las políticas, procedimientos y expectativas para los estudiantes que participen en el programa con hospedaje de Wonder Valley Outdoor Education ("Wonder Valley OE"). Por favor, lea cuidadosamente cada sección. Para que tu hijo/a pueda participar en nuestro programa, es obligatorio que entregues este formulario completo con el reconocimiento y la firma del padre, madre o tutor.

Devuelva todos los formularios completos requeridos a su escuela a más tardar dos semanas antes de la fecha de llegada de su hijo(a).

Participación General y Conducta

Participación en el Programa

Se espera que los estudiantes asistan a todas las actividades programadas, salvo que sean excusados por motivos de salud. Los estudiantes deben seguir en todo momento las indicaciones del personal, las instrucciones de seguridad y los reglamentos publicados.

Normas de Conducta

Se requiere un comportamiento respetuoso hacia compañeros, personal, las instalaciones y el medio ambiente. El acoso, intimidación, peleas, vandalismo o desobediencia pueden resultar en medidas disciplinarias, incluyendo la remoción de actividades o la expulsión del programa. Wonder Valley y/o el Administrador Escolar se reservan el derecho de retirar del programa a cualquier estudiante cuyo comportamiento o influencia se consideren inadecuados o, a juicio del Director de Educación al Aire Libre y del Administrador Escolar, contrarios al bienestar de la comunidad o del programa.

Sustancias y Artículos Prohibidos

Está estrictamente prohibida la posesión o uso de tabaco/vapeadores, alcohol, drogas ilegales o no prescritas (incluida la marihuana), así como armas. Su incumplimiento resultará en la expulsión inmediata sin reembolso. No se permiten artículos inflamables, latas en aerosol ni alimentos/dulces en el equipaje; estos pueden ser confiscados.

Transporte y Comunicaciones

Transporte

El transporte será organizado por la escuela. Los padres, acompañantes o maestros podrán conducir sus propios vehículos si la escuela lo autoriza y deberán seguir las indicaciones de estacionamiento e instrucciones del programa.

Comunicaciones de los Estudiantes

Uno de los objetivos principales del programa de Educación al Aire Libre es que los estudiantes fortalezcan la convivencia, la independencia y la confianza en sí mismos, disfrutando del entorno natural. Por esta razón, se desaconseja fuertemente el uso de teléfonos celulares o dispositivos con acceso a Wi-Fi, aunque cada escuela podrá tener su propia política; algunas no permiten dispositivos electrónicos en absoluto. Estos aparatos pueden distraer y limitar la interacción entre compañeros. Wonder Valley OE no permite el uso de televisión para los estudiantes durante su estancia.

Salidas Anticipadas

Si un estudiante debe retirarse antes de finalizar el programa, los padres/tutores deberán notificar directamente a la escuela. Si no es posible contactar a la escuela, comuníquese con la oficina principal del programa al 559-787-2551, para que el personal coordine la salida con el representante escolar.

Asistencia de Padres/Hermanos

Solo los acompañantes previamente autorizados por la escuela pueden asistir. Por seguridad y para preservar la continuidad del programa, no se permite la visita o participación de padres, tutores, hermanos u otros familiares durante el programa.

Seguridad y Supervisión

Los estudiantes estarán bajo la supervisión de los acompañantes designados por la escuela, quienes deberán permanecer con ellos en todo momento. Wonder Valley Outdoor Education no es responsable de la selección ni capacitación de dichos acompañantes. El personal de Wonder Valley OE será responsable de la instrucción en las actividades y de hacer cumplir las normas de seguridad y el uso adecuado del equipo. Los estudiantes deberán cumplir con todas las reglas e indicaciones establecidas.

Participación y Cumplimiento en las Actividades

En cada actividad, los estudiantes deben seguir las políticas del programa, las instrucciones de seguridad, el uso correcto del equipo y las indicaciones del personal. El incumplimiento podrá resultar en la remoción de la actividad o, si se considera necesario, en la expulsión del programa sin reembolso.

Propiedad, Dinero y Instalaciones

Propiedad personal – Limitación de responsabilidad

Por favor, no envíes objetos de valor (electrónicos, joyería, etc.). El Programa no se hace responsable en ningún momento por artículos personales perdidos, dañados o robados.

Paquetes/Correo

No se permiten paquetes de cuidados. Si deseas escribirle a tu estudiante durante su viaje, puedes enviar una carta por correo tradicional a: 6450 Elwood Road, Sanger, CA 93657.

Dinero (Opcional)

Podría haber una pequeña tienda de recuerdos. Si llevan dinero para gastar, entre \$10 y \$15 es suficiente; las compras no son necesarias para participar.

Instalaciones y cuidado del medio ambiente

Las y los estudiantes deben respetar las áreas de alojamiento, comedor, espacios de aprendizaje y el entorno natural. Está prohibido tirar basura, dañar instalaciones o retirar materiales naturales. Las y los estudiantes son responsables de mantener sus áreas de estancia en orden y respetar los horarios de silencio.

Medidas Disciplinarias y Decisiones del Programa

Expulsión por Causa Justificada

El Programa, en coordinación con la escuela, podrá expulsar a un estudiante si su conducta pone en riesgo la salud, seguridad o integridad del Programa, o si infringe gravemente las políticas. Los padres/tutores deberán recoger al estudiante dentro de las 6 horas siguientes a la notificación.

Modificaciones del Programa

Wonder Valley OE se reserva el derecho de modificar actividades, horarios u operaciones cuando sea necesario. Las actividades pueden cambiarse, reprogramarse o cancelarse por condiciones climáticas, seguridad, estado del sitio u otras razones operativas (incluidos eventos de fuerza mayor) sin previo aviso.

Autorización de Uso de Imágenes

Autorizo a Wonder Valley Outdoor Education a fotografiar, grabar o filmar la imagen, voz, nombre, declaraciones o fotografías de mi hijo(a) (en conjunto, "imágenes"), para su uso en materiales impresos, redes sociales o el sitio web oficial, con fines informativos y promocionales.

Wonder Valley Outdoor Education usa las fotos de manera cuidadosa y limitada, y no solemos tomar fotos de los alumnos todo el tiempo. Esta autorización es solo para permitir el uso de fotos en ocasiones especiales o cuando sea oportuno. Como hay muchísimos alumnos en el centro, no nos es posible gestionar las bajas individuales. Sin embargo, si a algún padre o tutor le preocupa una foto en concreto, puede escribir a kraft@wondervalley.com; nosotros la revisaremos y la quitaremos de las plataformas de Wonder Valley si es necesario

Contacto de Emergencia

El padre/madre/tutor proporcionará información de contacto confiable y permanecerá disponible durante todo el viaje, o designará a un contacto alternativo (con número distinto al del contacto principal).

Reconocimiento y Firma

Al firmar a continuación, declaro que he leído, entiendo y acepto todos los términos y condiciones de asistencia aquí establecidos. Este acuerdo se rige por las leyes del Estado de California. El padre/madre/tutor acepta que cualquier acción legal relacionada será resuelta exclusivamente en un tribunal competente del Condado de Fresno, California.

Nombre del Padre/Madre/Tutor (letra de molde): _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Teléfono principal (durante el viaje): _____

Contacto secundario/de emergencia (nombre y teléfono): _____

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO A PROPÓSITO

Acuerdo de Salud y Bienestar

Enfermedad y Participación

Los estudiantes deben encontrarse en condiciones adecuadas de salud para participar. Un estudiante deberá permanecer en casa si, dentro de las 24 horas previas y sin medicamentos para reducir la fiebre, ha presentado una temperatura de 100.4°F / 38°C o más, vómito, diarrea o una erupción cutánea no diagnosticada. Si el estudiante presenta síntomas de enfermedad durante el programa, será evaluado por nuestra Enfermera Titulada, podrá ser temporalmente separado de las actividades grupales y se podrá requerir que el padre/madre/tutor lo recoja.

Seguridad en el Manejo de Medicamentos

Los estudiantes no pueden conservar medicamentos, ya sean recetados o de venta libre, en sus habitaciones, mochilas ni en su persona. Se harán excepciones únicamente para medicamentos de emergencia (por ejemplo, inhaladores o epinefrina) cuando el estudiante esté entrenado en su uso y exista autorización escrita del padre/madre/tutor y del médico(a) tratante. Todos los demás medicamentos deberán entregarse al llegar, en sus envases originales etiquetados y con instrucciones por escrito y vigentes. Una enfermera titulada estará disponible en el sitio para administrar los medicamentos autorizados.

Medicamentos de Venta Libre

Con el consentimiento explícito del padre/madre/tutor y del médico(a) (debe existir un formulario de autorización médica debidamente completado), nuestra Enfermera Titulada podrá administrar medicamentos de venta libre incluidos en la lista/formulario del programa, de acuerdo con las indicaciones de la etiqueta o las órdenes médicas (por ejemplo: analgésicos, antipiréticos, antiácidos o medicamentos para alergias). Los estudiantes no pueden llevar por sí mismos medicamentos de venta libre; cualquier medicamento de este tipo que la familia proporcione deberá entregarse sin abrir o en su empaque original, acompañado del formulario de autorización correspondiente.

Tratamiento en Caso de Piojos

No se realizan revisiones rutinarias de piojos. Si el personal sospecha la presencia de piojos vivos o liendres visibles, se notificará a la escuela y al padre/madre/tutor, y el estudiante será enviado a casa para recibir tratamiento. El regreso solo se permitirá tras confirmar que el tratamiento ha comenzado y que el estudiante está libre de piojos vivos. El área de dormitorio será limpiada conforme a los protocolos sanitarios necesarios.

Alergias, Dieta y Planes Especiales

Las alergias, restricciones alimentarias y planes de salud especiales deben informarse antes de la llegada. La escuela compartirá los planes de acción aplicables (por ejemplo, planes para alergias o convulsiones) a fin de que puedan realizarse los ajustes razonables. En algunos casos, ciertos alimentos o artículos especializados deberán ser proporcionados por las familias según lo indicado en el plan médico(a). Cuando existan órdenes médicas que autoricen medicamentos de emergencia (por ejemplo, epinefrina para anafilaxia), nuestra Enfermera Titulada podrá administrarlos si está clínicamente indicado. Los padres/tutores deberán entregar los medicamentos de emergencia requeridos antes de la llegada. A pesar de nuestros mejores esfuerzos, Wonder Valley OE no puede garantizar un entorno completamente libre de alérgenos potenciales. Trabajamos para identificar a todos los estudiantes y personal con alergias o intolerancias alimentarias, pero no podemos controlar completamente la contaminación cruzada, los cambios en las formulaciones de productos, sustituciones de alimentos, ni las decisiones que los estudiantes tomen al servirse.

No utilizamos cacahuates ni aceites de cacahuete en nuestras recetas, pero algunos productos (como barras de granola, refrigerios, panes o postres) podrían haber sido elaborados en instalaciones donde se procesan nueces.

Primeros Auxilios y Atención Médica Definitiva

Wonder Valley Outdoor Education Center está ubicado en 6450 Elwood Road, Sanger, California. Las familias de estudiantes con necesidades médicas significativas deben comprender los servicios disponibles en el sitio y la distancia al centro médico(a) más cercano. El centro cuenta con un Centro de Salud atendido por al menos una enfermera titulada, capacitada para brindar atención de primera respuesta, que puede incluir la administración de medicamentos de emergencia comúnmente prescritos (como epinefrina o broncodilatadores/inhaladores). La atención hospitalaria definitiva se encuentra aproximadamente a 35 minutos por ambulancia terrestre. El transporte aéreo de emergencia está disponible cuando las condiciones lo permiten, con una zona de aterrizaje designada en el campo de fútbol o estacionamiento del campamento. Los tiempos de respuesta pueden variar, y pueden presentarse demoras; por esta razón, el programa puede no ser apropiado para personas con condiciones médicas graves. Para estos casos, se deberá realizar una evaluación médica previa y un plan de atención individualizado antes de la asistencia. Las familias deben: (1) Entregar todos los formularios médico(a)s relevantes y actualizados antes de la asistencia, incluyendo planes de cuidado del médico(a) tratante cuando corresponda. (2) Proporcionar todos los medicamentos prescritos y asegurarse de que estén disponibles en el campamento, ya sea en el Centro de Salud o, si está autorizado, en posesión del estudiante.

Órdenes Médicas y Rechazos

Los medicamentos con receta deben incluir instrucciones escritas y actuales de un médico(a) autorizado. Si un estudiante se niega o omite una dosis esencial, la Enfermera Titulada seguirá los protocolos médico(a)s correspondientes, notificará a la escuela y al padre/madre/tutor, y podrá restringir la participación del estudiante en actividades si es médicamente necesario.

Enfermedades Contagiosas: Las familias aceptan cumplir con cualquier directiva de salud pública (por ejemplo, aislamiento, uso de mascarilla, pruebas) que la escuela o el programa implementen en caso de brotes sospechosos.

Privacidad y Colaboración con la Escuela

La información médica se compartirá únicamente con el personal o los proveedores médico(a)s que la necesiten para garantizar la seguridad y atención del estudiante, conforme a las leyes de privacidad y políticas escolares aplicables. La escuela es responsable de la supervisión y conducta de estudiantes y acompañantes; nuestro programa proporciona las operaciones del sitio, la instrucción y los servicios de enfermería en coordinación con la escuela.

Reconocimiento y Firma

Al firmar a continuación, declaro que he leído y acepto los procedimientos descritos anteriormente, incluyendo: (1) Prohibición de guardar medicamentos en habitaciones o mochilas (excepto inhaladores, debidamente autorizados). (2) Protocolo de piojos que requiere enviar al estudiante a casa para tratamiento. (3) Normas de enfermedad que exigen estar libre de síntomas durante 24 horas antes de asistir, y autorización para evaluación médica en el sitio y recogida obligatoria si se indica. (4) Consentimiento para atención médica dirigida por enfermera, transporte de emergencia si fuera necesario, y uso limitado de información personal por motivos de seguridad.

Nombre del Estudiante: _____ **Nobre de la Escuela:** _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor (letra de molde): _____

Firma del Padre/Madre/ Tutor: _____ **Fecha:** _____

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO A PROPÓSITO

Formulario de Historial médico(a)

POR EL BIENESTAR DE NUESTRA COMUNIDAD
NO SE ACEPTARÁN ESTUDIANTES SIN ESTE FORMULARIO COMPLETO.

Información del Estudiante:

Apellido: _____ Nombre: _____

Edad : _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/ ____ Escuela: _____

Tutor/a #1 Nombre completo: _____ Teléfono: (____) ____- _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Tutor/a #2 Nombre completo: _____ Teléfono: (____) ____- _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Contactos de Emergencia (no tutores, deben ser distintos a los anteriores):

1. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) ____- _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) ____- _____

Información del Seguro médico(a):

Compañía de Seguro: _____ Teléfono: (____) ____- _____

Dirección del Seguro: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Relación con el Estudiante: _____ Número de miembro/ID#: _____

Número de grupo/póliza: _____

Información del Proveedor médico(a):

Nombre del médico(a) del Estudiante: _____ Teléfono: _____

Formulario de Historial médico(a) Cont.

Favor de marcar cualquier condición médica actual o continua que aplique a su hijo(a):

(Si responde "sí", proporcione los detalles en el espacio inferior o anexe notas adicionales si es necesario.)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Uso de lentes/contacts | ☐ TDA/TDAH/diferencia de aprendizaje | ☐ Problemas en la espalda, las articulaciones o los músculos |
| ☐ Problemas de oído o tubos | ☐ Ansiedad, TOC u otro diagnóstico emocional/conductual* | ☐ Alergias; por favor de indicar los alérgenos*: _____ |
| ☐ Asma/ cuesta respirar* | ☐ Depresión/trastorno del estado de ánimo | ☐ Condición en la piel (eczema, ronchas, etc.) |
| ☐ Problema cardíaco o presión alta* | ☐ Trastorno de la alimentación | ☐ Sinusitis crónica o dificultad para respirar |
| ☐ Convulsiones o epilepsia* | ☐ Sonambulismo o mojar la cama | ☐ Estreñimiento o molestias del estómago |
| ☐ Diabetes (tipo 1 o 2) | ☐ Lesión reciente en la cabeza o conmoción cerebral* | |
| ☐ Problema de sangre (anemia/coagulación) | | |

Favor de describir con detalle los tratamientos o planes relacionados con las condiciones *marcadas:

Otra condición médica continua: _____

Yo declaro que todas las vacunas requeridas por la escuela de mi estudiante están al día: ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Su estudiante estuvo hospitalizado o tuvo cirugía en los últimos 12 meses? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si su respuesta es sí, proporcione más información: _____

¿Existen actividades en las que su estudiante **NO** deba participar por motivos de salud? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si respondió "sí", indique cuáles actividades **NO** debe realizar y explique el motivo: _____

Restricciones Alimentarias: Si no ve su alergia en la lista, describa la alergia con el mayor detalle que pueda:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Alergia a la proteína de la leche | ☐ Vegano(a) (no consume productos de origen animal) | ☐ Alergia a mariscos |
| ☐ Vegetariano(a) ovo-lacto (consume huevo y lácteos) | ☐ Alergia a nueces de árbol | ☐ Alergia al ajonjolí (sésamo) |
| ☐ Alergia al huevo | ☐ Alergia al cacahuete | ☐ Intolerancia al gluten |
| ☐ Otro: _____ | | ☐ Enfermedad celíaca |
| | | ☐ No retiene Restricciones Alimentarias |

Por favor, de leer antes de continuar:

Si su respuesta es **SI** a alguna de las preguntas, llene el Formulario de Permiso e Instrucciones para la Administración de Medicamentos, se **requiere** estar firmado por su **Doctor y por padre, madre o tutor.**

¿Su hijo(a) llevará algún medicamento al campamento? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Autoriza que su estudiante reciba medicamentos sin receta si es necesario? ☐ **Sí** ☐ **No**



Formulario de Instrucciones y Permiso para Administración de Medicamentos

Por favor complete el siguiente formulario si su estudiante planea llevar medicamentos al campamento y/o si usted autoriza que reciba medicamentos de venta libre.

Nota: Se requiere **FIRMA DEL PADRE Y DE SU DOCTOR.**

Durante su estancia en Wonder Valley Outdoor Education, habrá una enfermera con licencia en el lugar para administrar los medicamentos autorizados a su estudiante cuando se necesiten. Si este formulario no está completo, es posible que no podamos administrar ningún medicamento. Deben firmar el padre/madre/tutor y el médico(a) del estudiante. Todos los medicamentos se guardan en nuestro Centro de Salud; las únicas excepciones son los medicamentos de rescate con aprobación previa, caso por caso.

- Los padres/tutores son responsables de enviar todo el medicamento que su estudiante necesitará durante la visita.
- Si un padre/tutor asistirá como chaperón y debe administrar el medicamento de su propio hijo(a), deberá completar un formulario/waiver por separado.
- Los medicamentos no usados se regresarán con el personal escolar designado para entregarlos al padre/madre/tutor.
- Cada medicamento debe estar en su propio frasco de farmacia, etiquetado para el estudiante por un profesional de salud con licencia.
- Yo, como padre/madre/tutor, indiqué en la página 2 qué medicamentos de venta libre pueden administrarse a mi estudiante si se necesitan.
- Cada medicamento de venta libre debe venir en su envase original y estar indicado para el estudiante por un profesional de salud con licencia.

Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Escuela:** _____

Solicitud del padre/madre/tutor para que Wonder Valley OE ayude con el medicamento

Yo, quien firma, pido que la enfermera de Wonder Valley o el personal escolar designado ayuden a mi estudiante según la orden del médico(a). Si hubiera alguna reacción inesperada, entiendo que el personal de Wonder Valley OE no será responsable por cumplir esta solicitud. Avisaré a Wonder Valley OE si cambian la salud o los medicamentos de mi estudiante antes de su llegada. Autorizo el intercambio de información entre el médico(a) de mi estudiante, los administradores en el sitio y la enfermera con licencia sobre esta solicitud. Entiendo que el medicamento debe guardarse en el Centro de Salud de Wonder Valley, bajo la enfermera de Wonder Valley OE, y no debe llevarse con el estudiante (excepto medicamentos de rescate con indicaciones del médico(a), como inhaladores y epinefrina).

Nombre (en letra de molde) del padre/madre/tutor: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____



Formulario de Instrucciones y Permiso para Administración de Medicamentos

Instrucciones: Si el estudiante necesita que la enfermera con licencia le administre medicamentos durante su estancia en Wonder Valley, complete la sección de Instrucciones de Administración (incluya medicamentos de venta libre que se den 'según se necesite' y medicamentos con receta).

Medicamentos sin receta-si se necesitan: Padre/Madre/Tutor por favor marque con ☒ cada medicamento que **SÍ** se puede administrarse a su hijo(a) (*aprobado por su médico(a). Médico(a)*), firme abajo indicando que revisó y aprueba los OTC marcados para administrarse según las instrucciones de la etiqueta. Si **NO** quiere que se administre ningún OTC, marque la opción correspondiente.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Carbonato de calcio (Tums) | ☐ Difenhidramina (Benadryl) | ☐ Pastillas para la garganta / |
| ☐ Acetaminofén (Tylenol) | ☐ Ungüento antibiótico (Neosporin) | caramelos para la tos |
| ☐ Loción de calamina | ☐ Maleato de clorfeniramina | ☐ Guaifenesina (Mucinex) |
| ☐ Ibuprofeno (Advil/Motrin) | (Jarabe para tos & Allergy Syrup) | ☐ Pseudoefedrina HCl |
| ☐ El/La estudiante NO puede recibir ningún medicamento 'según se necesite'. | | (Advil Cold & Sinus Products) |

Instrucciones de administración — MEDICAMENTOS REQUERIDOS

(Si hay más de dos medicamentos, complete un segundo formulario).

Horarios sugeridos para administrar: si el medicamento es sensible al tiempo y queda fuera de estos horarios, anótelos abajo.

1. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Vía: ☐ Oral ☐ Inhalación ☐ Bucal ☐ Tópica ☐ Intramuscular ☐ Subcutánea ☐ G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

☐ Desayuno (8:30-9:00) ☐ Almuerzo (11:30-12:00) ☐ Cena (5:30-6:00) ☐ Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: ☐ Cada 4-6 hrs ☐ Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

☐ Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) ☐ Guardar en Centro de Salud ☐ Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

2. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Vía: ☐ Oral ☐ Inhalación ☐ Bucal ☐ Tópica ☐ Intramuscular ☐ Subcutánea ☐ G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

☐ Desayuno (8:30-9:00) ☐ Almuerzo (11:30-12:00) ☐ Cena (5:30-6:00) ☐ Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: ☐ Cada 4-6 hrs ☐ Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

☐ Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) ☐ Guardar en Centro de Salud ☐ Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

Para uso del médico(a):

He revisado y autorizo la administración de los medicamentos listados como se indica para: _____

Nombre/consultorio del médico(a)

Firma del médico(a)

Fecha



Formulario de Instrucciones y Permiso para Administración de Medicamentos

Instrucciones de administración — MEDICAMENTOS REQUERIDOS

(Si hay más de dos medicamentos, complete esta pagina).

Horarios sugeridos para administrar: si el medicamento es sensible al tiempo y queda fuera de estos horarios, anótelos abajo.

3. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Vía: ☐ Oral ☐ Inhalación ☐ Bucal ☐ Tópica ☐ Intramuscular ☐ Subcutánea ☐ G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

☐ Desayuno (8:30-9:00) ☐ Almuerzo (11:30-12:00) ☐ Cena (5:30-6:00) ☐ Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: ☐ Cada 4-6 hrs ☐ Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

☐ Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) ☐ Guardar en Centro de Salud ☐ Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

4. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Vía: ☐ Oral ☐ Inhalación ☐ Bucal ☐ Tópica ☐ Intramuscular ☐ Subcutánea ☐ G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

☐ Desayuno (8:30-9:00) ☐ Almuerzo (11:30-12:00) ☐ Cena (5:30-6:00) ☐ Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: ☐ Cada 4-6 hrs ☐ Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

☐ Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) ☐ Guardar en Centro de Salud ☐ Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

5. Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo/Diagnóstico: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Vía: ☐ Oral ☐ Inhalación ☐ Bucal ☐ Tópica ☐ Intramuscular ☐ Subcutánea ☐ G-Tube Otro: _____

SI ES DIARIO, hora(s) para administrar (marque todas las que correspondan):

☐ Desayuno (8:30-9:00) ☐ Almuerzo (11:30-12:00) ☐ Cena (5:30-6:00) ☐ Antes de Dormir (8:30-9:15)

SI ES 'SEGÚN SE NECESITE', (PRN) frecuencia: ☐ Cada 4-6 hrs ☐ Cada 6-8 hrs. Otro: _____

SOLO PARA inhaladores, auto-inyectores de epinefrina u otros medicamentos de rescate aprobados por médico(a):

☐ Lo trae consigo (el/la estudiante demuestra competencia) ☐ Guardar en Centro de Salud ☐ Other: _____

Otras instrucciones o precauciones (posibles reacciones): _____

Para uso del médico(a):

He revisado y autorizo la administración de los medicamentos listados como se indica para: _____

Nombre/consultorio del médico(a)

Firma del médico(a)

Fecha