

OKLAHOMA SCHOOL FOR THE DEAF
CAMPAMENTO ACADÉMICO PARA SORDOMUDOS Y CON
PÉRDIDAS AUDITIVAS
HIGH SCHOOL – JUNIO 11-16, del 2016
PRIMARIA – JUNIO 11-14, del 2016'

FECHA DE REGISTRO

FECHA: JUNIO 11 (Secundaria-High School) / JUNE 11 (Primaria)

LUGAR: CAFETERÍA GRIFFITH HALL

HORA: De las 4:30pm a las 5:30pm

QUIEN: TODOS LOS CAMPISTAS Y PADRES

A LOS QUE VIENEN EN EL CAMIÓN DE OSD:

1. Traiga todas sus maletas y medicamento a la cafetería.
2. Usted se registrará y lo llevaran a un cuarto del dormitorio.
3. Usted va a cenar a las 6:00 pm.
4. Después de la cena habrá una junta en el Student Union.

PADRES QUIENES TRAEN A SUS HIJOS

1. Traigan todas las maletas y medicamento a la cafetería.
2. El niño será registrado y llevado al dormitorio.
3. Todos los padres son invitados a conocer a los miembros trabajadores, conocer el campamento y hacer preguntas.
4. Los padres están invitados a quedarse para la cena.
5. Si el padre ha sido aceptado para ayudar en el campamento, se le mostrara su dormitorio después.

EXPECTACIONES DE COMPORTAMIENTO DEL ESTUDIANTE DURANTE EL CAMPAMENTO ACADÉMICO DE LA ESCUELA SECUNDARIA

PROPÓSITO: Este campamento les dará a los estudiantes la oportunidad de mejorar sus habilidades en las áreas académicas. Nosotros esperamos que todos los estudiantes se comporten de una manera respetuosa con sus compañeros y con los trabajadores.

REGLAS GENERALES DEL CAMPAMENTO

- Ser responsable, puntual, cooperativo y respetar los derechos y propiedad de otros.
- No se permiten hacer llamadas telefónicas "por cobrar".
- Los padres pueden contactarse con el plantel para hablar con su hijo (de preferencia por las noches).
- Uso del teléfono celular personal permitido por las noches – sin pedir prestados teléfonos a los campistas o al personal.
- Este consiente de la seguridad
- Obedezca las leyes federales y estatales
- A los estudiantes se les permite permanecer en los dormitorios a tiempo completo solamente. No puede quedarse tiempo parcial en los dormitorios. Los campistas deben elegir quedarse o viajar diariamente. Esto es para asegurar la rendición de conteo de los estudiantes y la seguridad en todo momento.
- **Todo el medicamento** Sera entregado a empleados designados para el control de la distribución. Esto incluye la medicina comprada de de los armarios de la tienda.
- **A ningún campista se le permitirá registrarse si no tenemos información de salud completa y la copia de la tarjeta de seguro de salud.**

En el Campamento de OSD se prohíbe lo siguiente:

Cigarros, drogas, alcohol, armas, relaciones sexuales, salir del campamento (al menos que sea una actividad supervisada) conducción de vehículos personales excepto llegar en la mañana y salir por la tarde (estudiantes locales únicamente).

CUALQUIER TIPO DE CONDUCTA QUE SE CONSIDERE INACEPTABLE TENDRA COMO RESULTADO EL CONTACTO CON LOS PADRES Y A COSTO DE LOS PADRES EL ESTUDIANTE SERA LEVANTADO POR LOS PADRES Y LLEVADO A CASA INMEDIATAMENTE.

DEBE TRAER CON USTED AL CAMPAMENTO:

- Todo lo de la cama es suplido aquí, pero tal vez quiera traer su propia almohada.
- Traje de baño y toallas. Los trajes de baño de dos piezas requieren algo más para que les cubra.
- Dinero – Dinero para gastar en arcade y comida en Lazer Zone. **(LA ESCUELA NO TOMA NINGUNA RESPONSABILIDAD POR EL DINERO ROBADO O PERDIDO).**
- Shorts de verano y camiseta cómoda. **Por favor, no traiga ropa transparente.**
- Una buena actitud y deseo para aprender y divertirse juntos.

¡Todos los campistas necesitan esta forma!
(Todas las aplicaciones deben entregarse para el 1ro de Mayo.)

LOS APLICANTES DEBEN SER DE **12-17 AÑOS DE EDAD** para el campamento de High School.
LOS APLICANTES DEBEN TENER **6-11 AÑOS DE EDAD** para el campamento de primaria.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
EDAD ___/ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___/ **MASCULINO /FEMENINO**
GRADO _____ EL ESTUDIANTE ES: **SORDO** o **CON DAÑOS UEDITIVOS (CIRCULE)**
NIVEL DE LECTURA DEL ESTUDIANTE _____

NOMBRE DEL PADRE _____
DIRECCIÓN DEL HOGAR _____
DIRECCIÓN DE CORREO _____
CIUDAD / ESTADO / C.P. _____

NÚMEROS DE TELÉFONOS (incluyendo el código de área) – Por favor no de números sin servicio.
HOGAR _____ TRABAJO _____ CELULAR _____
NÚMEROS DE TRABAJO DE EMERGENCIA - NO de números de teléfonos de padres repetidos.
NOMBRE _____ RELACIÓN _____
TELÉFONO# _____ OTRO _____

 **LOS ESTUDIANTES DE OSD SOLAMENTE** – ¿Desde que termino el año escolar, ha habido algún cambio de salud? (cirugía, medicamento, etc.)

SI NO (MARQUE UNO)

MI HIJO IRA AL CAMPAMENTO EN EL CAMIÓN DE OSD

SI NO (CIRCULE UNO)

MI HIJO VENDRÁ A CASA EN EL CAMIÓN

SI NO (CIRCULE UNO)

MI HIJO NECESITARA QUIEN LO LLEVE A LOVINGS HAND RANCH

(Por favor comuníquese con ellos antes de marcar uno.)

SI NO (CIRCULE UNO)

TODAS LAS FORMAS DE LA APLICACIÓN DEBEN SER REGRESADAS PARA EL 1ro de Mayo del 2017.

REGRÉSELAS A: STACY EDGAR C/O OK. SCHOOL FOR THE DEAF,,

1100 East Oklahoma Ave., Sulphur, OK. 73086.

TELÉFONO # 580-622-4900, ext. 4964 1-888-685-3323 O

PUEDE MANDAR POR FAX TODAS LAS FORMAS A: “STACY EDGAR” #580-622-4959

YO DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO ATIENDA AL CAMPAMENTO, LE TOMEN UNA FOTO Y LA IMPRIMAN.

* _____ **FECHA** ___/___/___
FIRMA

* LA TALLA DE CAMISETA PARA NINO ES: YOUTH - SM. MED. LG. **(MARQUE UNA)**
TALLA DE CAMISETA TAMAÑO ADULTO ES: SM. MED. LG. XL. XXL. XXXL.
(Campistas Solamente)

¡ÚNICAMENTE PARA LOS ESTUDIANTES QUE NO ATIENDEN A OSD!

**OKLAHOMA SCHOOL FOR THE DEAF
AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MEDICO DEL MENOR**

Yo, _____, Padre o tutor legal de _____,
(Nombre del padre) (Nombre del estudiante)

AQUÍ PRESENTE AUTORIZO AL REPRESENTATIVO DE OKLAHOMA SCHOOL FOR THE DEAF para dar consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, atención médica, diagnóstico o tratamiento y hospital quirúrgico o dental que proceda al menor anteriormente nombrado bajo supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico, cirujano o dentista autorizado bajo las leyes del estado de Oklahoma.

AL DAR ESTE CONSENTIMIENTO, YO RECONOZCO Y ENTIENDO

Que en situaciones donde el menor anteriormente nombrado requiera inmediata atención médica u hospitalización y no puede ser posible contactarme y que en estos casos no seré capaz de evaluar conscientemente y elegir entre los tratamientos alternativos disponibles o procedimientos, si alguno, o para evaluar riesgos sobre el paciente para que se le aplique todo el tratamiento. En tales situaciones, autorizo a un médico, cirujano o dentista para ejercer su juicio profesional y evaluar el incidente de riesgos y seleccione el tratamiento necesario en cualquier alternativa disponible y para prestar dicha asistencia y realizar dicho tratamiento como él en su juicio profesional determine que es necesario para la salud o seguridad del menor ya mencionado.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (____) _____ FECHA _____ TESTIGOS _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR _____

MEDICO DEL MENOR (NOMBRE Y TELÉFONO) _____

ALERGIAS DEL MENOR _____

MEDICAMENTO RUTINARIO QUE EL MENOR ESTA TOMANDO _____

FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA DE TÉTANO DEL MENOR _____

HISTORIAL MEDICO DEL MENOR _____

OKLAHOMA SCHOOL FOR THE DEAF

AUTORIZACIÓN MÉDICA

YO, _____, PADRE O TUTOR
(PADRE O TUTOR)

DE _____, AUTORIZO EL CONTRATO DE
(ESTUDIANTE CAMPISTA)

MÉDICO O SU DESIGNADO JUNTAMENTE CON EL PERSONAL DE SERVICIOS
MÉDICOS PARA OFRECER ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO MENCIONADO,
ESTUDIANTE DE LA OKLAHOMA SCHOOL FORT HE DEAF.

Si el medico contratado por la escuela encuentra necesario que en estudiante reciba inyecciones,
(Antibióticos, por ejemplo) ¿Da usted permiso para que OSD se las pongan?
SI___ NO___

Si el médico contratado por la escuela considera necesario que el estudiante se tome radiografías, ¿Da
usted permiso para que el hospital local (Arbuckle Memorial) le proporcione este servicio?
YES___ NO___

Con estas formas se deberá enviar copia de la tarjeta de seguro.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

OKLAHOMA SCHOOL FOR THE DEAF
CENTRO DE SALUD DEL ESTUDIANTE
1100 EAST OKLAHOMA
Sulphur, Oklahoma 73086
(580) 622-4900 ext 4922 /4923

ESTUDIANTE:

NOMBRE COMPLETO _____ SEXO _____

RAZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURO SOCIAL _____

CAUSA DE SORDERA _____

EDAD QUE COMIENZO SU SORDERA _____

ALLERGIAS: MEDICAMENTO _____ COMIDA _____

MEDICAMENTO ACTUAL, INCLUYENDO TIEMPO DE MEDICAMENTO

¿El estudiante usa lentes o lentes de contacto? SI___ NO___

¿Su hijo tiene actualmente tubos en sus oídos? SI___ NO___

¿Tiene usted alguna preocupación de salud en particular, de la quisiera que monitoreáramos?
SI___ NO___

PREOCUPACIONES: _____

¿Tiene su hijo tarjeta medical de DHS? SI___ NO___

Si es así, escriba el NUMERO _____ **(POR FAVOR TRAIGA UNA COPIA DE LA TARJETA)**

Nombre de la compañía de seguro y número de la póliza: _____

NOMBRE DEL MEDICO, DIRECCIÓN Y NUMERO DE TELÉFONO

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRES DE LOS PADRES/TUTOR _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR (____) _____

NUMERO DEL TRABAJO DE LA MADRE (____) _____ CELULAR _____

TRABAJO DEL PADRE (____) _____ CELULAR _____

TELÉFONO DE EMERGENCIA (____) _____ NOMBRE _____

TELÉFONO DE EMERGENCIA (____) _____ NOMBRE _____

TELÉFONO DE EMERGENCIA (____) _____ NOMBRE _____

CORREO ELECTRONICO _____

OTRAS FORMAS DE CONTACTARLO

NOTE: LOS ESTUDIANTES DEBEN TENER UNA RECETA POR ESCRITO DE TODO TIPO DE MEDICAMENTO. LA ETIQUETA EN EL FRASCO ES CONSIDERADA UNA RECETA POR ESCRITO.

POR FAVOR RECUERDE QUE ES REGLAMENTO DE O.S.D. QUE EL ESTUDIANTE SE VAYA A CASA SI EL/ELLA RESULTARA ENFERMO PARA FUNCIONAR EN EL SALÓN DE CLASE O SI SE SABE DE UN POSIBLE CONTAGIO DE ENFERMEDAD EN EL DORMITORIO.

COMENTARIOS: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

Nota para los padres:

¡De verdad les agradecemos por permitirles a sus hijos pasar tiempo en el campamento con nosotros!

Los campistas de la High School llegarán el domingo **11 de junio** entre 4:30 y las 5:00pm.

Los campistas de la primaria llegarán el domingo **11 de junio** entre 4:30 y 5:00pm.

Los campistas de la High School cargarán autobuses para ir a casa el **16 de junio** a las 12:00 del mediodía.

Los campistas de la primaria cargarán autobuses para ir a casa el **14 de junio** a las 12:00 del mediodía.

Revise las "Rutas" en la página de internet del campamento, tiempos de recogida y entregas.

Por favor maneje al lugar de recogida más cercano a su casa.

Por favor llegue al lugar para recoger a su hijo más temprano de la hora establecida.

Nuestro camión/conductores de vehículos harán lo posible para mantener el horario.

Si usted cambia planes de alguna forma (cancelando el campamento de su hijo, decidiendo venir a recoger a su estudiante, etc.) ¡Por favor infórmenos antes de ese día!

Cualquier cambio de horario de rutas deberá estar en la página de internet para el **2 de junio**.

Por favor asegúrese de revisar el horario de las "Rutas del camión" en la página de internet.

¡Estamos muy felices que decidió dejarnos ser parte del verano de su hijo!

Si tiene alguna pregunta, siéntase con libertad de llamarme o mandarme un mensaje electrónico.

Sinceramente,

Stacy Edgar
Directora del Campamento