



# ESCUELA DE EDUCACION AL AIRE LIBRE CALVIN CREST FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y MEDICO DE LOS PARTICIPANTES

45800 Calvin Crest Road, Oakhurst, CA 93644 559.772.4040 outdoor.school@calvincrest.com  
La información en este formulario será utilizada para ayudar al director y el personal. Su cooperación puede ayudar a asegurar una experiencia de calidad para todos los participantes. Sólo el personal tendrá acceso a esta información y no la compartiremos con otras personas.

## Estudiante

APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ GÉNERO \_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ PROFESOR/PROFESORA: \_\_\_\_\_

**PADRE O TUTOR 1:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Información de contacto donde se le pueda localizar: Teléfono durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PADRE O TUTOR 2:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Información de contacto donde se le pueda localizar: Teléfono durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA**– si no puede ser contactado, por favor dénos el nombre de un amigo o familiar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**LA (S) SIGUIENTE PERSONA (S) ES / SON LEGALMENTE RESTRINGIDO DE VER ESTE ESTUDIANTE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**La escuela proporcionará transporte hacia el programa y desde este. Nadie podrá retirar al estudiante de las instalaciones de Calvin Crest sin aprobación previa a través del establecimiento escolar.**

**Historia de Salud** Por favor, adjunte una hoja separada para explicar con más detalle las condiciones y preocupaciones que podrían afectar a la salud del estudiante durante la semana de la escuela al aire libre. (Por favor, indique las fechas de aparición más reciente de todos los que se aplican.)

### ALERGIAS

La Fiebre del Heno \_\_\_\_\_  
Plantas \_\_\_\_\_  
Insectos, abejas \_\_\_\_\_  
Alimentos \_\_\_\_\_  
Ambiental \_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES

Infecciones del oído \_\_\_\_\_  
Mononucleosis \_\_\_\_\_  
Problemas del corazón \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_

Desorden de Coagulación \_\_\_\_\_  
Hipertensión \_\_\_\_\_  
Problemas menstruales \_\_\_\_\_  
Asma \_\_\_\_\_ (Crónica \_\_\_ Estacionales \_\_\_ Inducida por el ejercicio \_\_\_)

Trastorno de la conducta \_\_\_\_\_  
Trastorno nervioso \_\_\_\_\_  
ADD/ADHD \_\_\_\_\_

¿El estudiante toma medicamentos para el asma o inhaladores? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Es un estudiante dependiente de la insulina para diabéticos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, el año diagnosticado: \_\_\_\_\_

¿El estudiante es capaz de calcular y de cambiar la dosis para compensar el ejercicio, etc.? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿El estudiante es capaz de dar sus propias inyecciones? \_\_\_ Sí \_\_\_ No *El personal de Calvin Crest no puede administrar medicamentos inyectables: los estudiantes con medicamentos inyectables deberán ser acompañados por un padre o profesional médico designado.*

Explicar todos los artículos marcados arriba: \_\_\_\_\_

Discapacidad, enfermedad crónica o recurrente, o enfermedad médica: \_\_\_\_\_

Historia de la Cirugía (incluya el tipo y la fecha): \_\_\_\_\_

Historia de hospitalizaciones (incluya el tipo y la fecha): \_\_\_\_\_

Historia de alergia a medicamentos (por favor incluya los medicamentos y la reacción): \_\_\_\_\_

Modificaciones dietéticas: \_\_\_\_\_ (Por favor comuníquese con la oficina si se necesita la dieta especial)

Restricciones Actividad / Limitaciones de Actividad: \_\_\_\_\_

Historia de Inmunización: Última vacuna del tétanos (Dar las edades 5-14): (Mes y año) \_\_\_/\_\_\_ Si todas las vacunas al actualizado? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si no, por favor, adjunte una explicación.

**Medicamentos** ¿Está el estudiante actualmente tomando algún medicamento? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Ningún medicamento recetado, de venta libre, vitaminas o productos a base de hierbas serán administrados a los estudiantes en Calvin Crest si no cuentan con orden escrita del médico.** Solo se les suministrarán medicamentos debidamente recetados. Todos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y productos a base de hierbas **DEBERÁN encontrarse en su envase ORIGINAL con etiquetas e instrucciones de suministro**, y deberán entregarse al personal designado de la Escuela al Aire Libre al llegar. **NO ENVÍE** un suministro semanal de medicación en una bolsa o caja de medicamentos. Quienes requieran inyecciones deberán ser acompañados por un padre o profesional médico designado. El estudiante podrá tener un inhalador de rescate recetado o autoinyector de epinefrina si se presenta la documentación pertinente.

## Otra Información

Para ayudarnos a tratar con mucho tacto con los estudiantes, por favor, háganos saber si su hijo: \_\_\_ Moja la cama \_\_\_ Es sonámbulo \_\_\_ Tiene problemas para con dormir \_\_\_ Es propensa(o) a la nostalgia \_\_\_ Ha tenido cambios recientes / trauma que pueden impactar bienestar emocional, físico o mental? Sólo para mujeres: ¿Ha comenzado a menstruar? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si es así, es la historia menstrual normal? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si no, ella entiende la situación? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Explicar los elementos marcados: \_\_\_\_\_

**Información de Seguros** ¿Está el estudiante cubiertos por el seguro médico? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo,

El nombre de Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza ID: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de política titular: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección Política de Titular: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Seguro de Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si es necesario para el tratamiento, indique el número de teléfono pre-autorización: \_\_\_\_\_

**DECLARACIONES, PERMISO Y DISPENSA PATERNOS:** Presto mi consentimiento informado al personal de Primeros Auxilios designado por Calvin Crest certificado, como mínimo, con RCP y Primeros Auxilios por un proveedor reconocido a nivel nacional de acuerdo con el estándar de ACA HW-1 para ofrecer Primeros Auxilios y técnicas de relajación a través de procedimientos de tratamiento estandarizados en el campamento. Entiendo que es mi responsabilidad encargarme de las necesidades médicas del niño si estas requieren más que las que pueda brindar el personal de Primeros Auxilios conforme a sus certificaciones, licencias y alcances de la práctica. Autorizo a Calvin Crest a coordinar u ofrecer todo transporte relacionado que fuera necesario al establecimiento médico más cercano para tratamiento médico de emergencia o urgente y asumo todas las responsabilidades por el pago de dicho tratamiento. Asimismo, autorizo a todo médico seleccionado por Calvin Crest a garantizar y administrar todo tratamiento que se considere necesario para mi hijo, incluida la atención u hospitalización urgente.

Autorizo el uso de los siguientes medicamentos genéricos, de venta libre conforme a las etiquetas proporcionadas por el fabricante y el personal designado de la Escuela al Aire Libre que brinde procedimientos estándar a mi hijo: ungüentos antibióticos, crema de hidrocortisona, crema para tratar quemaduras, vaselina, tratamiento para piel/labios agrietados y desinfectantes de heridas, bálsamos y geles analgésicos. Me contactaré con Calvin Crest en caso de tener objeciones antes del inicio del programa. Entiendo que estos los almacenará y suministrará el personal de Primeros Auxilios sin cargo según sea necesario para el bienestar de mi hijo.

Calvin Crest por el presente reconoce que procurará tomar ciertas medidas de seguridad para ayudar a prevenir, en la medida de lo razonable, enfermedad infecciosa. Estas medidas de seguridad incluyen lo siguiente: limpieza y desinfección de espacios de uso público, uso de guantes al limpiar y desinfectar, mantenimiento del distanciamiento social de sus empleados, visitantes e invitados, y el uso de máscaras faciales cuando se estén acompañados de invitados. Calvin Crest se mantendrá al tanto de todas las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y considerará la medida del modo adecuado. Asimismo, Calvin Crest podrá retirar las medidas aquí indicadas una vez que el CDC o el gobierno local, estatal o de los Estados Unidos considere que estas ya no resultan necesarias. Reconozco que también tomaré ciertas medidas de seguridad, entre ellas: garantizar la ausencia de síntomas de enfermedad infecciosa antes de ingresar o usar los establecimientos e instalaciones de Calvin Crest, lavado de manos o uso de sanitizante para manos en forma regular mientras me encuentre en las instalaciones de Calvin Crest, mantenimiento del distanciamiento social y uso adecuado de máscaras faciales al estar acompañado de otras personas. En caso de que el CDC recomiende la aplicación de medidas de seguridad adicionales, me comprometo a disponerme a utilizarlas.

Le he solicitado a Calvin Crest que le permita a mi hijo participar en todas las actividades, incluidas, a título enunciativo, las indicadas en el sitio web. Como condición de este beneficio, acepto lo siguiente: Entiendo que la participación de mi hijo en estas actividades puede exponerlo a peligros tanto conocidos como no anticipados. En reconocimiento de la existencia de estos riesgos, en mi propio nombre, el de mi hijo y el de cualquier otra parte que pudiera estar facultado a alegar derechos sobre o en nombre de mi hijo, libero, dispenso y mantengo indemne para siempre a Calvin Crest, a sus afiliadas, directivos, directores, agentes, empleados, aseguradores, sucesores en sus derechos, letrados o cualquier otra persona o personas asociadas con una o todas ellas que pudieran ser responsables (las "Partes Liberadas") de todo reclamo, causa, acción, demanda, instancia legal, pérdida, daño, gasto, costo o responsabilidad (en forma conjunta, "Pérdidas") que surjan o que estén relacionadas con la participación de mi hijo en la Escuela al Aire Libre de Calvin Crest y sus actividades, incluidas las Pérdidas que surjan de la negligencia de cualquiera de las Partes Liberadas, ya sea que estas Pérdidas deriven en una lesión corporal (incluida la muerte), daños a la propiedad o de otro tipo (en forma conjunta, los "Reclamos Dispensados"). Los Reclamos Dispensados incluyen Pérdidas derivadas de toda condición de las instalaciones en las que se llevan a cabo las actividades del campamento o la conducta de alguna persona en relación con la preparación, supervisión o realización de alguna actividad, ya sea planificada o no.

Asimismo entiendo y reconozco que realicé esta dispensa en total acuerdo y satisfacción, así como mediante la aceptación de todos los Reclamos Dispensados. Declaro y reconozco que he leído y entendido este formulario y la dispensa otorgada anteriormente, y garantizo que todas las declaraciones aquí formuladas son verdaderas, a mi leal saber y entender.

- Por medicamentos administrados por el personal de la Escuela al Aire Libre: Seré responsable de notificar a Calvin Crest de toda información sobre medicación nueva del estudiante. Reconozco que, en caso de que las medicaciones de mi hijo cambiaran entre el día de hoy y la fecha de la Escuela al Aire Libre, es mi responsabilidad informárselo a Calvin Crest.
- Entiendo que Calvin Crest se encuentra en una región montañosa remota y que la atención de emergencia, incluso las ambulancias, pueden demorarse 90 minutos. El estudiante no presenta actualmente problemas de salud que pudieran requerir de atención de emergencia más cercana.
- Entiendo que Calvin Crest no asume ninguna responsabilidad por estudiantes que dejen el establecimiento de Calvin Crest por motivos que no sean actividades programadas.

Autorizo el uso de imágenes, audio o grabaciones de video que incluyan a mi hijo en publicidades, incluido el sitio web, sitios de Internet (incluidas las redes sociales), boletines informativos o folletos promocionales de Calvin Crest o que promocionen a Calvin Crest.

He leído y entendido este formulario en su totalidad, y al firmarlo a continuación acepto sus términos:

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para NO prestar consentimiento para tratamientos médicos, firme a continuación Y contáctese con el establecimiento escolar y con Calvin Crest.** No presto mi consentimiento para la prestación de tratamientos médicos de emergencia a mi hijo. En caso de lesión o enfermedad que requieran tratamiento de emergencia, deseo que el personal de la Escuela al Aire Libre no tome ninguna medida o que siga las instrucciones adjuntas (que también he comunicado verbalmente).

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_