

Escuela de Walking Mountains
INFORMACIÓN MÉDICA DEL ALUMNO Y CONDICIÓN DE RIESGOS

Por favor escribe la información siguiente. Se asegura que los dos lados son completados y firmados.

Nombre de programa _____ Fecha del programa _____
Nombre del alumno _____ Tel. de casa _____
Fecha de nacimiento _____ Tel. de Celular _____
Dirección _____
Correo electrónico _____
Nombre (s) del padre / tutor _____ Tel. Oficina _____
Nombre de la compañía del seguro medico _____
Tel. de la compañía _____ Póliza No. _____
Nombre del medico familiar _____ Tel. _____
En caso de emergencia, que otro pariente, vecino, o amigo podemos llamar?
Nombre _____ Parentesco _____
Dirección _____ Tel. _____

Aunque la orientación de la Escuela de Ciencias es académica, algunas de las actividades son bastante fuertes si el participante no esta familiarizado con tales actividades o si no esta en buena condición física. La capacidad para caminar varias millas sin fatigarse indica una razonable condición física. Cualquier problema de la rodilla o del tobillo, exceso de peso, o alergias a la comida, medicina o piquetes de insectos son también preocupaciones particulares. La siguiente información es importante y nos ayudara a evitar problemas médicos o salud antes de que estos ocurran.

Edad _____ Estatura _____ Peso _____

¿Tiene su hijo (a) algunas alergias? No Sí

Si la respuesta es sí, por favor explica: _____

Tiene su hijo (a) algunas reacciones alérgicas a picaduras de abeja? No Sí

Tiene su hijo (a) algunas de éstos problemas?

- Reacciones adversas a algunos medicamentos: _____
- Problemas respiratorios: _____
- Defectos del corazón: _____
- Presión arterial muy alta: _____
- Problemas con los tobillos o las rodillas: _____
- Otro: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano _____

Toma algún medicamento el alumno? ___ Si la respuesta es sí, que tipo de medicina y dosis? _____

Para que problema especifique es el medicamento? _____

Restricciones de alimentación: _____

Si el alumno tiene cualquier desorden emocional o incapacidad de aprendizaje que pueda afectar su participación en el programa, por favor describa esta condición para poder brindarle mejor servicio.

La Escuela Walking Mountains (WM) se preocupa por el uso de los medicamentos recetados o no-recetados por los alumnos menores de edad. Si el alumno no ha cumplido los 21 años de edad, no se le permite el uso o el que comparta *ningún* medicamento sin permiso por escrito del padre o tutor legal, medico o bajo autorización específica del personal de WM.

Doy mi permiso para que mi hijo (a) menor de edad pueda participar en este programa educacional y autorizo al personal de la Escuela Walking Mountains para adquirir y administrar tratamiento medica a el / ella en caso de emergencia.

Firma _____ Fecha _____

(padre o tutor)

(pagina 2)

ACUERDO DE CONDONACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS

Las actividades abajo descritas pueden involucrar ejercito agotadores, exposición a condiciones de cambio de clima, y uso de equipo y / o herramientas potencialmente peligrosos. También exigen la atención total y la responsabilidad de cada participante, tanto como individuo y como parte de un grupo de cooperación. Aun más, muchas de estas actividades incluyen el riesgo inherente de la fatiga, el estrés mental, lesión o muerte. Su permiso, indicado abajo, reconoce dichos riesgos y también le brinda la confianza a la WM de aplicar restricciones razonables y de buscar pasatiempos que maximizan la seguridad y aumenten nuestra capacidad de responder a emergencias.

Enseguida es una lista de actividades potenciales en que su hijo (a) puede participar como parte del programa WM: **Excursionismo y caminatas, nuevos juegos y iniciativas, cocinar al aire libre, proyectos de conservación, viajar en auto, actividades de noche, viaje rudo fuera del camino / vereda y manas de supervivencia, mapas y brújula, investigaciones científicas de campo, y campamento durante la noche.**

Entiendo que mi hijo (a) estará participando en las actividades marcadas arriba y he leído cuidadosamente la información sobre los potenciales riesgos. Entiendo que soy voluntariamente responsable de su participación y estoy de acuerdo en pedir cualquier aclaración necesaria sobre la información de arriba antes de firmar este formulario. Yo, _____ (nombre del padre o tutor legal) por medio del presente testifico que mi hijo (a) _____ (nombre del alumno) ha recibido mi permiso total para participar en el programa de la WMSC, titulado _____.

Voluntariamente elijo y asumo todos los riesgos de perdida, danos, lesiones, incluyendo la muerte, que pueda sufrir mi hijo (a) o cualquier propiedad de el / ella de en el curso de su participación, en este programa. En consideración a la oportunidad concedida a el / ella de participar en el programa arriba mencionado, yo por medio del presente, sabiendo, libre y voluntariamente libera, y aun más, conviene en indemnificar y dejar libre de danos a la Escuela Walking Mountains, a su Director Ejecutivo, a la Mesa de Directores, al personal y a sus empleados de cualquier responsabilidad de reclamo, demanda, o causas de acción, cualquiera que fuere, que resulte de cualquier perdida mía o de mi hijo (a) en el curso de o relacionado con la participación en este programa o del uso del equipo proveído a mi hijo (a) en conexión con cualquier programa. Doy la permisión a Walking Mountains y sus socios de usar cualquiera fotografía o video de mi o mi hijo (a) o cualquiera declaración oral o escrita hecho por mi o mi hijo (a) durante el programa.

Firmado _____ Fecha _____
(padre o tutor legal)

Firmado _____ Fecha _____
(madre o tutor legal)

He revisado cuidadosamente la lista de actividades arriba mencionadas y estoy de acuerdo en participar o de escoger solo aquellas para las cuales he recibido permiso. Yo, aun más, acepto supervisión del personal de la WM para garantizar mi seguridad a pesar de mis habilidades o deseo de autonomía.

Firma de Alumno _____ Fecha _____

PARA CONDICIONES PRE-EXISTENTES SOLAMENTE

Si tiene el alumno una condición pre-existente que puede ser afectada por su participación en un programa de actividades al aire libre o en elevaciones que excedan los 8,000 pies de altura al nivel del mar, por favor describa dicha condición y pida a su medico que llene y firme todas las secciones abajo *Llene esta sección solamente que Ud. Crea que puede tener dicha condición pre-existente.*

Descripción de la condición _____

Medicamento que toma, dosis y horario _____

Otras instrucciones especiales o preocupaciones _____

Declaración del Medico:

Yo, _____ he examinado a _____ (alumno) y estoy de acuerdo que él / ella (escriba con letra de imprenta)Participe en los programas de la WM.

Firma _____ (*medico*) Fecha _____