

**LA ESCUELA AL AIRE LIBRE**  
**GENESIS ACCOUNT & AMERICAN OUTDOOR SCHOOLS**  
**FORMULARIO DE SALUD Y RENUNCIA DEL ESTUDIANTE**  
**(SER LLENADO POR EL PADRE O EL GUARDIAN)**

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha del programa \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ día mes año

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardian \_\_\_\_\_  
calle Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de Plan Medico \_\_\_\_\_ Número de plan medico \_\_\_\_\_

Número del grupo medical \_\_\_\_\_ Teléfono de autorización medical (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Segundo contacto en caso de emergencia** (familiar, amigo, vecino):

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

Circule alguno de los siguientes problemas de salud que ha tenido y explique:

Resfriados o garganta dolorida; desmayos; problemas con el corazón, riñon, o pulmón; convulsiones;  
diabetes; tuberculosis; mojar la cama; sonámbulo; asma

Explicación \_\_\_\_\_

Explique alguna exposición a las enfermedades contagiosas que ha tenido recientemente:

¿Ha tenido operaciones, lesiones, o enfermedades serias los pasados seis meses? sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Explicación \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias (medicaciones, insectos, alimentos)? sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

¿Toma medicación que se continuará durante la escuela al aire libre? sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Especifique el tipo \_\_\_\_\_

¿Fecha de la última vacuna del tétano? \_\_\_\_\_

¿Hay algo pendiente en su salud general que no se ha mencionado y que es necesario que lo sepamos?

---

**En caso de emergencia, entiendo que todo esfuerzo será hecho para localizar los padres o guardians del estudiante. En caso que el personal de la escuela no pueda entrar en contacto con dichas personas, concedo al personal de la escuela que tome la autoridad y concedo al médico que haga las medidas apropiadas para seleccionar la hospitalización, el tratamiento apropiado, ordenar inyecciones, anestesia, exámenes de radiografía o cirugía para mi hijo/a. Entiendo que la protección de seguro médico es mi responsabilidad. Entiendo que Genesis Account/American Outdoor Schools y el campamento no provee tratamiento médico. Libro por este medio a Genesis Account/American Outdoor Schools y al campamento de cualquier defecto por pérdida, lesión, muerte, o cualquier otra demanda que le pase al estudiante mientras sea participante en las actividades patrocinadas for Genesis Account/American Outdoor Schools.**

**Doy permiso que cualquier imagen o foto que se tome de mi hijo/a se pueda utilizar o imprimir por GA/AOS. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_**

Firma del Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_