

# American Outdoor Schools



## LA ESCUELA AL AIRE LIBRE

### FORMULARIO DE SALUD Y RENUNCIA PARA ADULTO

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

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

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

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

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

Contacto en caso de emergencia (familiar, amigo, vecino):

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

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

Circule cualquiera 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 cualquier 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 la persona indicada como el contacto de emergencia. En caso que el personal de la escuela no pueda entrar en contacto con dicha persona, concedo al personal de la escuela que tome la autoridad y concedo al médico que haga las medidas apropiadas para seleccionar mi hospitalización, el tratamiento apropiado, ordenar inyecciones, anestesia, exámenes de radiografía o cirugía. Entiendo que la protección de seguro médico es mi responsabilidad. Entiendo que Genesis Accounty el campamento no provee tratamiento médico. Libro por este medio a American Outdoor Schools al campamento de cualquier defecto por pérdida, lesión, muerte, o cualquier otra demanda que me pase mientras sea participante en las actividades patrocinadas for American Outdoor Schools.

Doy permiso que cualquier imagen or foto se tome de mi y que mi imagen se pueda utilizar o imprimir por American Outdoor Schools.  Sí  No

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_