



Camp SEA Lab
Science, Education & Adventure

CAMP SEA LAB

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

FORMULARIO DE REGISTRO MÉDICO, DE SALUD Y FOTOGRÁFICO

Nombre del participante (Por favor, escriba en letra de imprenta)		Edad	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Dirección (incluya la ciudad y el código postal)			Teléfono Diurno () -	Teléfono Nocturno () -
Padre(s)/ Tutor(es) que tiene(n) la custodia			Correo Electrónico	
Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia (1)	Teléfono Diurno ()	Teléfono Nocturno ()	Teléfono Celular ()	
Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia (2)	Teléfono Diurno ()	Teléfono Nocturno ()	Teléfono Celular ()	

HISTORIA CLÍNICA: La información a continuación debe ser completada por los padres/tutores. Por favor, complete el formulario en detalle para que el personal del campamento pueda estar atento a las necesidades de su hijo(a).

Por favor, indique cualquier problema de salud que su hijo(a) pueda haber tenido durante el mes anterior a su asistencia a Camp SEA Lab:

¿El participante tiene o ha tenido alguna vez?	Sí	No		Sí	No
Trastornos hemorrágicos / de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roble venenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos / hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos en los viajes por mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a las picaduras de abeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna incapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lleva lentes de contacto o gafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición de orinarse en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras (por favor, indíquelas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, explique todos los puntos en que haya marcado **Sí**:

Explique si hay restricciones respecto de la actividad:

Cualquier necesidad especial:

MEDICACIÓN: Por favor, en una lista de tarjetas de índice de TODOS los medicamentos (los medicamentos de venta libre o receta) que el niño(a) toma habitualmente. Traiga la cantidad de medicamentos necesaria para todo el campamento. Coloque los medicamentos en bolsa con cierre zip embalaje original que identifica el médico y el nombre del medicamento. El (la) profesor(a) administrará todos los medicamentos.

<input type="checkbox"/> Esta persona NO toma medicamentos en forma habitual.
<input type="checkbox"/> Esta persona toma los siguientes medicamentos de la siguiente manera:
Medicamento No. 1 _____ Dosis _____ Hora específica de la toma diaria _____
Medicamento No. 2 _____ Dosis _____ Hora específica de la toma diaria _____
Medicamento No. 3 _____ Dosis _____ Hora específica de la toma diaria _____
¿Trae el participante: Un inhalador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Un EpiPen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Medicamentos sin receta: Autorizo la administración de los siguientes medicamentos según sea necesario:

Tylenol Sí No Benadryl Sí No Tums Sí No Sudafed Sí No
Chloraseptic Sí No Pastillas para la tos Sí No Ibuprofeno Sí No Loción de calamina Sí No

Camp SEA Lab • 100 Campus Center; Bldg 42 • Seaside, CA 93950
831.582.3681 • Fax 831.582.3691 • www.campsealab.org

Rev. Nov. 2009

CUESTIONARIO ACERCA DE LA SALUD:

Listado de Alergias (a los alimentos, medicamentos, otro.)

Restricciones Alimenticias: Nada de carne Alergia a las nueces Alergia a los mariscos
Yo como: Pollo Puerco Carne de res

Nombre del Médico: Dirección del Médico: ¿El participante tiene seguro médico? Aseguradora:
Teléfono del Médico: No. de Póliza:
Fecha del ultimo examen médico: Sí No

RENUNCIA: Por favor revise, ponga las iniciales y marque una caja en cada una de las siguientes secciones. Cuando complete el documento por favor firme en la **X** al final del documento.

A. AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO: Como padre/madre/tutor, certifico que mi hijo(a) se encuentra en excelente estado de salud y no tiene problemas físicos, mentales o emocionales que puedan evitar su participación en actividades físicas enérgicas. Doy mi consentimiento para que se proporcione al participante tratamiento médico por cualquier enfermedad contraída o lesión sufrida durante tal participación. Certifico que he completado la Historia Clínica y el Cuestionario acerca de la Salud en forma completa y precisa y acepto la responsabilidad absoluta por cualesquiera errores u omisiones. He leído lo anterior y lo entiendo completamente

Estoy de acuerdo **No estoy de acuerdo** Iniciales: _____

B. AUTORIZACIÓN RESPECTO DE LAS FOTOGRAFÍAS Y LAS ENTREVISTAS: Acuerdo que cualesquiera fotografías tomadas y videos filmados por cualquier miembro del personal de Camp SEA Lab serán propiedad de Camp SEA Lab y podrán ser utilizados por Camp SEA Lab, a su exclusivo criterio, para cualquier fin publicitario, de marketing y/o promocional, los medios de comunicación social en Internet, y por la presente presto mi consentimiento y autorizo ese uso sin restricciones. También autorizo que los medios de comunicación realicen una entrevista a mi hijo(a) acerca de Camp SEA Lab.

Estoy de acuerdo **No estoy de acuerdo** Iniciales: _____

C. RENUNCIA A LA INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

1. En contraprestación por el hecho de poder participar en **Camp SEA Lab**, por el presente documento EXIMO, RENUNCIO Y EXCUSO A, Y ACUERDO NO INICIAR ACCIONES LEGALES CONTRA, EL ESTADO DE CALIFORNIA, LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, CALIFORNIA STATE UNIVERSITY MONTEREY BAY, FOUNDATION OF CALIFORNIA UNIVERSITY MONTEREY BAY, Y SUS FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS (en adelante denominados en su conjunto las "PERSONAS EXONERADAS") de y por cualesquiera responsabilidades, reclamos, demandas, acciones y derechos de iniciar una acción de cualquier tipo que surjan de, o bien se relacionen con, cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda ocurrir a un menor o a cualquier bien que me pertenezca o bien pertenezca al menor, YA SEA CAUSADO/A POR LA NEGLIGENCIA DE LAS PERSONAS EXONERADAS o de otro modo, mientras el menor participa en tal actividad, o mientras se encuentra en las instalaciones en donde se realizan las actividades.

2. Conozco perfectamente los riesgos y peligros relacionados con las actividades de **Camp SEA Lab**, cuyo riesgo incluye, entre otros, el viaje en kayak con Kayak Connection, como así también otras actividades relacionadas con Camp SEA Lab, cuyo riesgo incluye, sin que la enumeración tenga carácter restrictivo, los riesgos asociados con actividades acuáticas, excursionismo, exploración de charcos de marea, actividades de limpieza de la playa y el transporte hacia y desde los sitios, y por el presente elijo voluntariamente participar en tal actividad e ingresar a las instalaciones antes mencionadas y participar en tal actividad teniendo conocimiento de que la actividad puede ser peligrosa para el participante y los bienes del mismo. ASUMO VOLUNTARIAMENTE LA TOTAL RESPONSABILIDAD POR CUALESQUIERA RIESGOS DE PÉRDIDAS, DAÑOS A LOS BIENES O LESIONES PERSONALES, INCLUIDA LA MUERTE, que pueden llegar a ocurrir al participante, o cualquier pérdida o daño a bienes de mi propiedad, como resultado de participar en tal actividad, YA SEAN CAUSADOS POR LA NEGLIGENCIA DE LAS PERSONAS EXONERADAS o de otro modo.

3. Asimismo, por el presente ACUERDO INDEMNIZAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD a las PERSONAS EXONERADAS por y contra cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo, incluidos los costos judiciales y los honorarios de los abogados, en que se pueda incurrir debido a la participación en tal actividad, YA SEAN CAUSADOS POR LA NEGLIGENCIA DE LAS PERSONAS EXONERADAS o de otro modo.

4. Es mi intención expresa que este acuerdo de exención de responsabilidad e indemnización sea vinculante para los miembros de mi familia y mi cónyuge, en caso de estar vivo(a), y mis herederos, sucesores a título particular y mi representante personal en caso de haber fallecido, y el mismo se considerará una EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, RENUNCIA, EXCUSACIÓN Y ACUERDO DE NO INICIAR ACCIONES LEGALES contra las PERSONAS EXONERADAS que se indican arriba. Asimismo acuerdo que esta renuncia y acuerdo de exención de responsabilidad e indemnización se interpretará de conformidad con las leyes del estado de California.

AL FIRMAR ESTA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, RECONOZCO Y DECLARO QUE he leído la renuncia a la indemnización por responsabilidad y acuerdo de exención de responsabilidad anterior, lo he entendido y lo firmo en forma voluntaria. No se han efectuado declaraciones, manifestaciones u otros incentivos en forma oral además del acuerdo por escrito anterior. En mi carácter de padre/madre/tutor, certifico que mi hijo/a tiene un excelente estado de salud y no padece problemas físicos, mentales o emocionales que podrían evitar su participación en actividades físicas enérgicas. Presto mi consentimiento para que el participante reciba tratamiento médico por cualquier enfermedad o lesión que tenga lugar durante tal participación, y asimismo certifico que el participante está cubierto por un seguro médico.

X

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha