



ESCUELA DE EDUCACION AL AIRE LIBRE CALVIN CREST

MÉDICO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Calvin Crest
Conferences 45800 Calvin Crest Road Oakhurst, CA 93644

(559) 683-4450 Fax (559) 683-7118 outdoored@calvincrest.com www.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 M F FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ ESCUELA: _____

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: _____ Relationship: _____

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: _____

D Teléfono durante el día: (____) _____ Teléfono durante la noche: (____) _____ Móvil: (____) _____

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

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

LA SIGUIENTE PERSONA (S) ES / SON LOS ÚNICOS (ADEMÁS DE LOS PADRES) PERMITIDO PARA RECOGER EL ESTUDIANTE DE CREST CALVIN

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

MÉDICO (S): _____ Teléfono: (____) _____

_____ Teléfono: (____) _____

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 _____

Asma _____

(Crónica ___ Estacionales ___ Inducida por el ejercicio ___)

Otro _____

ENFERMEDADES

Varicela _____

Sarampión _____

Subéola _____

Mumps _____

PREOCUPACIONES

Infecciones del oído _____

Mononucleosis _____

Problemas del corazón _____

Convulsiones _____

Diabetes _____

Problemas menstruales _____

Bronquitis _____

Desorden de Coagulación _____

Trastorno de la conducta _____

Trastorno nervioso _____

ADD/ADHD _____

Hipertensión _____

Otro _____

Traza un círculo alrededor de los síntomas de ataque de alergia pasado (los estudiantes pueden tomar Benadryl para la reacción alérgica sólo con orden escrita del médico):

Falta de aliento / urticaria / opresión en el pecho / estornudos, goteo nasal, enrojecimiento de los ojos

Explicar todos los artículos marcados arriba: _____

Discapacidad, enfermedad crónica o recurrente, o enfermedad médica: _____

Es un estudiante dependiente de la insulina para diabéticos? Sí No En caso afirmativo, el año diagnosticados: ____ El estudiante es capaz de dar sus propias inyecciones? Sí No

Considerado: frágil 1 2 3 4 5 Estable (Traza un círculo alrededor del número de grado de estabilidad)

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

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

Todas las recetas y los medicamentos sin receta, incluyendo vitaminas y productos herbals deben entregarse al personal designado de la Escuela al Aire Libre a su llegada. (Un inhalador puede ser mantenido por los estudiantes con asma, si es necesario.) Las personas que requieren inyecciones deben proporcionar medicamentos, jeringas, y las instrucciones por escrito firmado por el médico. Esta información se mantendrá confidencial.

Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y productos herbals, presentada sin orden escrita del medico NO PUEDE ser dada a los estudiantes de Calvin Crest. Sólo la medicación correctamente prescrita para el estudiante se le dará a él / ella. Todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas, y productos a base de hierbas deben estar en envases originales con las etiquetas y las instrucciones de dosificación. NO ENVIE una semana de suministros de medicamentos en una bolsa.

Los Medicamentos Actuales

Dosis (mg) / Frecuencia

Tipo de la Enfermedad en Tratamiento

1. _____
2. _____
3. _____

Si hay más de tres medicamentos que se están utilizando, por favor, adjunte una hoja separada. Si esta información cambia antes de llegar a la Escuela al Aire Libre, por favor, informa Calvin Crest de los cambios.

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 a la nostalgia Ha tenido cambios recientes / trauma que pueden impactar bienestar emocional, físico o mental? No/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: _____

DECLARACIONES DE LOS PADRES, EL PERMISO Y LIBERACIÓN

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento informado para el personal de primeros auxilios asignados por Calvin Crest que están certificados en un mínimo de RCP y primeros auxilios por un proveedor reconocido a nivel nacional, de conformidad con ACA estándar HW-1 para proporcionar los primeros auxilios y medidas de alivio a través de procedimientos normalizados de campo de tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad hacer los arreglos para un estudiante con mayores necesidades de atención de la salud que el personal de primeros auxilios puede proporcionar dentro de sus certificaciones individuales, licencias, y los alcances de la práctica. Yo autorizo a Calvin Crest para organizar o facilitar el transporte necesario para la instalación médica más cercana para recibir tratamiento de emergencia o urgencia médica si está indicado, y que asumo toda la responsabilidad por el pago de dicho tratamiento. Por la presente autorizo al médico seleccionado por Calvin Crest para asegurar y administrar todos y cada uno se considera necesario el tratamiento médico para mi hijo, incluyendo la hospitalización. Este formulario puede ser fotocopiado para los viajes fuera de las propiedades de Calvin Crest.

Yo autorizo el uso de los siguientes medicamentos genéricos, de venta libre según las indicaciones de las etiquetas proporcionadas por el fabricante y la Escuela al Aire Libre personal designado proporcionar procedimientos normalizados para mi hijo: crema antibiótica, crema de hidrocortisona, crema para quemaduras, vaselina, agrietados la piel / el tratamiento de labios, la piel un antiséptico y limpieza de la herida, bálsamos y geles analgésicos, con la excepción de _____ . Entiendo que estos son almacenados y distribuidos por el personal de primeros auxilios de forma gratuita, según sea necesario para la comodidad de mi hijo.

He pedido Calvin Crest para permitir que mi hijo participe en todas las actividades que pueden incluir, pero no se limitan a las mencionadas en la presentación de la escuela. Como condición para recibir este beneficio, me comprometo a lo siguiente: Entiendo que la participación de mi hijo en estas actividades pueden exponer a él / ella a los peligros tanto de los riesgos conocidos y anticipados. Reconociendo que esos riesgos existen, yo, en nombre de mí mismo, mi hijo y cualquier otra parte que puede tener el derecho de hacer valer ningún derecho para o en nombre de mi hijo, por la presente y para siempre libero y descargo, indemnio y mantengo indemne a Calvin Crest, su afiliados, funcionarios, directores, agentes, empleados, aseguradores, sucesores en interés, abogados, o cualquier otra persona o personas asociadas a cualquiera o todos ellos, que podría ser responsable (las "Partes Liberadas") de y contra cualquier y todo reclamo, causas de acción, acciones, demandas, pérdidas, daños, gastos, costos o responsabilidad (colectivamente, "las pérdidas") que surja de o en relación con la participación de mi hijo en Calvin Crest Escuela al Aire Libre y sus actividades, incluidas las pérdidas derivadas de la negligencia de cualquiera de las Partes de lanzamiento, si tales pérdidas se plantean en relación con las lesiones corporales (incluyendo muerte), daños materiales o de otro tipo (colectivamente, los "Demandas"). Las demandas de lanzamiento incluyen las pérdidas derivadas de cualquier estado de los locales en los que las actividades del campamento se llevan a cabo o la conducta de cualquier persona en relación con la preparación, supervisión, o realización de cualquier actividad, ya sea planificada o no planificada.

Además, entiendo y reconozco que hacen de esta versión en pleno acuerdo y satisfacción de y en el compromiso de todas y todos los reclamos de lanzamiento. Yo represento y reconozco que he leído y entiendo esta forma y el levante concedido, por encima y garantiza que todas las declaraciones hechas en este documento son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento.

- Yo seré responsable de notificar a Calvin Crest de cualquier información nueva medicina con respecto a este estudiante de aquí a principios de Escuela al Aire Libre.
- Me doy cuenta de que si los medicamentos de mi hijo cambia de aquí a la fecha de la Escuela al Aire Libre, que es mi responsabilidad de informe a Calvin Crest.
- Entiendo que Calvin Crest está situado en una remota región montañosa y que la atención de emergencia, incluso en ambulancia, puede tardar hasta 90 minutos. El estudiante arriba mencionado no tiene condición actual que garantiza más la atención médica de emergencia.
- Si el medicamento está involucrado, voy a instruir a mi hijo a tomar la responsabilidad de asistir a las horas programadas para este fin.
- Entiendo que Calvin Crest no asume ninguna responsabilidad para los estudiantes que salen del campus de Calvin Crest por cualquier otra razón que las actividades programadas.
- He leído y entendido este formulario completo y a firmar a continuación doy acuerdo con los términos aquí.

Doy permiso para el uso de imágenes y grabaciones de audio o de video que incluyen a mi hijo o artículos escritos por mi hijo para ser utilizado en la publicidad como la página web de Calvin Crest, sitios de Internet (incluso los medios sociales), boletines, folletos o la promoción o la presentación de informes Calvin Crest.

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha _____

Para NO otorgar su consentimiento para el tratamiento

Yo no doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia para mi hijo. En el caso de cualquier lesión o enfermedad que requiera tratamiento de emergencia, deseo que el personal de la escuela al aire libre tome ninguna acción, (o siga las instrucciones siguientes)

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre (con letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

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: _____

Por favor, facilite una copia de la tarjeta de estudiante de seguro de salud – anverso y reverso – cortar y unir con cinta adhesiva. No hay grapas, por favor.

FRENTE
de
Terjeta del Seguro Médico

VOLVER
de
Terjeta del Seguro Médico