



## HISTORIA CLÍNICA DEL ALUMNO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Apellido del alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre No. 1: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre No. 2: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Los padres están: \_\_\_\_\_ ¿Hay un tutor principal? \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/madre No. 1: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo del padre/madre No. 1: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/madre No. 2: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo del padre/madre No. 2: \_\_\_\_\_

Si no es posible comunicarse con los padres en caso de una emergencia, por favor contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el(la) alumno(a): \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Se requiere la siguiente información para garantizar que se satisfagan las necesidades individuales de su hijo(a) cuando él/ella asiste a la escuela al aire libre. Esta información es confidencial y solo se pondrá a disposición de aquellas personas que son directamente responsables del bienestar de su hijo(a). En caso de una emergencia, se hará todo lo posible por contactar a los padres o a la persona designada. En beneficio de la seguridad de su hijo(a), **no** se permitirá que ningún(a) niño(a) asista sin un formulario de Autorización Médica y Consentimiento completado y **firmado** (véase a continuación). **Fecha del último examen médico:** \_\_\_\_\_

Médico de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_ No. de identificación de grupo \_\_\_\_\_

Por favor, marque los casilleros apropiados a continuación y complete CUALQUIER información que el personal de la escuela al aire libre necesite saber respecto de su hijo(a).

Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Moja la cama <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonambulismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vegetariano(a) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vegano(a) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sin gluten <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alérgico(a) al maní o a los frutos secos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene un IEP/Plan 504 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otra alergia alimentaria: _____	

Por favor, explique cualquier condición/reacción médica, física o emocional u otro(s) problema(s) que debemos tener en cuenta durante el programa. Proporcione información sobre lesiones recientes, restricciones respecto de actividades o preocupaciones de salud mental o emocional que debemos conocer, incluyendo cualesquier casilleros que haya marcado:

Indique cualesquiera restricciones/alergias alimentarias y las reacciones que tiene su hijo(a), proporcione información sobre su nivel de sensibilidad y describa toda reacción que pueda tener. **Si su hijo(a) requiere cualquier cuidado o dieta especial, por favor póngase en contacto por lo menos dos semanas antes del campamento de su hijo(a) para que podamos hacer los arreglos necesarios.**

**Autorizo la administración de los siguientes medicamentos según sea necesario:**

Neosporin <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Loción de calamina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última vacuna antitetánica: _____
Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acetaminofeno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Robitussin <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Benadryl <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tums <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso de emergencia, epinefrina: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**MEDICAMENTOS:** Indique **TODOS** los medicamentos (incluidos los de venta con receta, vitaminas y los de venta libre) que su hijo(a) traerá y las instrucciones para su administración. **Los medicamentos se deben enviar en sus recipientes ORIGINALES y se administrarán según las indicaciones del médico o del fabricante. SI LAS INDICACIONES DICEN “12+” NO PODREMOS ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO A ALUMNOS MENORES DE 12 AÑOS.** Adjunte hojas adicionales en caso de ser necesario.

- Esta persona NO toma medicamentos en forma habitual.
- Envío los siguientes medicamentos. (Por favor escriba a continuación)

Medicamento	Dosis y frecuencia	¿Según sea necesario o diariamente?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**RENUNCIAS** Nota: Las manifestaciones que se incluyen en esta sección no se pueden alterar, editar ni tachar de ninguna manera. Si se considera que una sección de este acuerdo no es razonable, se seguirá exigiendo el cumplimiento de todas las demás secciones.

**A. AUTORIZACIÓN RESPECTO DE LAS FOTOGRAFÍAS:** Acuerdo que las fotografías y videos tomados por cualquier empleado de Exploring New Horizons Outdoor Schools (en adelante denominado “ENH”) serán propiedad de ENH y podrán ser utilizados por ENH, a su exclusivo criterio, para cualquier fin publicitario, de marketing, de medios sociales en Internet y/o promocional, y por la presente presto mi consentimiento y autorizo ese uso sin restricciones y sin compensación alguna. **No estoy de acuerdo. Iniciales:** \_\_\_\_\_

**B. CONTACTO FUTURO:** Entiendo que recibiré en el futuro comunicaciones e información de ENH acerca de actividades y eventos que están de acuerdo con la misión de la organización y son para el(la) alumno(a) y su familia. **No estoy de acuerdo. Iniciales:** \_\_\_\_\_

**C. ACUERDO DE RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

1. En contraprestación por la participación en ENH, por el presente documento eximo, renuncio y excuso a, y acuerdo no iniciar acciones legales contra, ENH y sus funcionarios y empleados (en adelante denominados en su conjunto las “personas exoneradas”) de y por cualesquier(a) 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 participante, o a cualquier bien que me pertenezca o bien pertenezca al participante, ya sea causado(a) por negligencia de las personas exoneradas o de otro modo, mientras el participante 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 ENH, que pueden incluir, entre otros, riesgos relacionados con excursionismo, exploración de charcos de marea y el transporte hacia y desde los sitios, y por el presente elijo participar voluntariamente en tal actividad e ingresar a las instalaciones antes mencionadas y participar en tal actividad, y/o que el participante lo haga, teniendo conocimiento de que la actividad puede ser peligrosa para el participante y los bienes del mismo. ENH es un programa al aire libre. Los alumnos estarán al aire libre la mayor parte de los días y estarán expuestos a todas las condiciones climáticas que puedan encontrar durante su tiempo en ENH.

3. Certifico que he completado la Historia Clínica del Alumno en forma completa y precisa y acepto la responsabilidad absoluta por cualesquier(a) errores u omisiones. Si no se proporciona la información de manera oportuna, ENH queda exonerada de cualquier responsabilidad de proporcionar las adaptaciones necesarias para el(la) alumno(a) a quien se indica en el presente.

4. 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 puedan incurrir debido a mi participación o la participación del participante en tal actividad, ya sea causado(a) por negligencia o de otro modo.

5. Al firmar esta renuncia de responsabilidad reconozco que he leído el Acuerdo de renuncia de responsabilidad, indemnización y exoneración de responsabilidad anterior, he entendido los términos del mismo 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 el participante tiene un excelente estado de salud y no padece problemas físicos, mentales o emocionales que podrían evitar su participación en actividades físicas energéticas. Presto mi consentimiento para que el participante reciba tratamiento médico para cualquier enfermedad o lesión que tenga lugar durante tal participación y certifico que el participante está cubierto por un seguro médico. Todos los gastos no cubiertos por la póliza de seguro de ENH serán pagados por los padres o tutores (no se cubren las condiciones preexistentes; p.ej, asma). **Yo entiendo las consecuencias legales de firmar este documento, incluidas las siguientes: (a) liberar a la corporación de toda responsabilidad en mi nombre y en nombre del participante, (b) prometer no iniciar acciones legales en mi nombre y en nombre del participante, y (c) asumir todos los riesgos de la participación del participante en esta actividad, incluido el viaje hasta y desde la actividad y durante la misma.** Entiendo que soy responsable de las obligaciones y los actos del participante como se describe, y me comprometo a obligarme conforme a los términos que se describen.

6. Yo reconozco que mi hijo(a) debe cumplir con las instrucciones de seguridad, permanecer en áreas designadas por el personal y abstenerse de tener cualquier comportamiento que pueda ser dañino para sí o para otras personas. No cumplir con las normas del programa puede ser motivo para que mi hijo(a) sea retirado(a) del programa. **Si el personal de ENH toma la decisión de que un(a) alumno(a) debe ser enviado(a) al hogar, será responsabilidad de los padres coordinar el transporte. Si se envía a un(a) alumno(a) al hogar por motivos disciplinarios, debido a que extraña el hogar o bien por una infracción de las normas de la escuela al aire libre, no se reembolsará ningún cargo efectuado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde)