

FORMULARIO DE SALUD PROGRAMA DE CAMPO

Nombre del Participante: _____

Programa/Curso de CBF: _____

Program/ Course Date: _____

Dirección del Participante: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código ZIP: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Grado (si aplica): _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono de trabajo: _____

Doy permiso al personal de CBF para que me administre a mí o a mi hijo los siguientes medicamentos según sea necesario para molestias menores. Los medicamentos sólo serán administrados por el personal de CBF certificado en Wilderness First Aid y se hará todo lo posible para comunicarse primero con el padre/tutor designado.

- Tylenol Advil Benadryl
 Pastillas para la tos Sudafed Antiácido

Por favor, provea cualquier otra información relevante sobre la salud del participante.

Historial de Salud:

Por favor marque abajo si el participante tiene historia o actualmente padece una de las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	Historia	Actual
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de sangrado/coagulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otra:

El participante tiene alergias a medicamentos, comida o factores ambientales (por ejemplo abejas, pasto, nueces, etc)

Sí No

Si respondió sí, por favor provea información sobre la historia y severidad de las reacciones

El participante ¿tiene una epi-pen o inhalador?

Sí No

Si respondió sí, por favor explique.

¿Tiene el participante alguna condición física, cognitiva o sensorial que requiera consideración?

Sí No

¿El participante tomará algún medicamento recetado o sin receta durante el programa/curso?

Sí No

Si respondió sí, por favor provea los detalles (nombre del medicamento, dosis, fecha de la prescripción y para qué condición médica)

Acuerdo Final

Toda la información anterior es correcta, según mi mejor conocimiento. Entiendo que la participación en las actividades de Chesapeake Bay Foundation (CBF) es totalmente voluntaria. Entiendo que el programa de CBF puede implicar actividades prácticas como hacer pruebas de calidad del agua, uso de equipo de campo, vadeo en aguas poco profundas, canotaje, paseos en bote, manipulación de organismos vivos, plantación de árboles y otras actividades al aire libre. Entiendo que estas actividades involucran mojarse y llenarse de lodo. CBF ha implementado mejores prácticas para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas; sin embargo, entiendo que la participación en este programa involucra una posible exposición a enfermedades infecciosas y virales incluido pero no limitado el COVID-19 e influenza. Asumo consciente y libremente todos los riesgos relacionados con enfermedades y enfermedades infecciosas y comprendo los riesgos y peligros involucrados en las actividades mencionadas anteriormente y por la presente libero a CBF de cualquier responsabilidad por lesiones que pudieran ocurrir debido a la participación en las actividades de CBF. En el caso de cualquier lesión, autorizo al personal autorizado a realizar los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de emergencia que sean necesarios para mí o mi hijo, y permito que dichos tratamientos se lleven a cabo por personal de primera respuesta, socorristas, o de hospital, en caso de emergencia. Entiendo que cualquier gasto médico se facturará directamente a mí o a mi compañía de seguros.

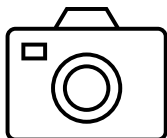
Comportamiento y conducta

Se espera que los participantes se comporten de forma segura, respetuosa y abierta al aprendizaje. Se espera que sigan todas las instrucciones, normas y políticas incluidas en la información del programa y transmitidas por el personal. Cualquier comportamiento considerado inseguro, inapropiado, incontrolable o irrespetuoso hacia los demás puede resultar en la suspensión o cancelación del programa.

Por la presente, otorgo permiso para que la persona o el menor identificado anteriormente participe en todas las actividades de campo, excepto que se indique lo contrario.

Excepciones: _____

Firma del Participante o del Padre/ Tutor _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO FOTOGRAFICO: Otorgo a Chesapeake Bay Foundation el derecho incondicional de usar mi nombre, voz e imagen fotográfica mía o de mi hijo/a en cualquiera de sus producciones de audio y video, artículos, materiales de sitios web o comunicados de prensa, sin necesidad de aprobación, referencia o compensación.

Iniciales _____