



FORMULARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

(Por favor, imprima en tinta negra)

Nombre de escuela: _____

Nombre del estudiante: Apellidos: _____ Nombre: _____

Género: _____ Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tutor/Guardián: _____

Compañía de Seguros de Salud: _____

Teléfono móvil: _____

Número de Póliza: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Contacto adicional: _____

Médico de cabecera: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Relación con el estudiante: _____

Fecha de la última vacuna del tétano: _____

NECESIDADES DIETÉTICAS: ☐ Vegetariana ☐ Vegana ☐ Intolerante a la lactosa ☐ Celíaca ☐ Alergias alimentarias ☐ Otras ☐ Sin Gluten

Por favor describa:

CONDICIONES MÉDICAS: por favor, marque con una ☒ todos los problemas de salud aplicables:

☐ Alergia*(Especifique: _____) ☐ Migraña ☐ Epilepsia/Trastorno convulsivo ☐ Mareo en el automóvil/en el mar

☐ Asma** ☐ Problemas respiratorios** ☐ Diabetes ☐ Problemas cardíacos ☐ Problemas intestinales/vejiga ☐ Sonambulismo

*¿Su hijo/a tiene una prescripción de EpiPen para las alergias? ☐ SÍ ☐ NO

**¿Su hijo/a usa un inhalador diariamente y/o para realizar actividad física? ☐ SÍ ☐ NO

Si responde SÍ a cualquiera de estas preguntas, los dispositivos DEBEN acompañar a su hijo/a al campamento para poder participar en las actividades.

CONDICIONES MÉDICAS: por favor, marque con una ☒ todos los problemas de salud aplicables:

☐ Bismuto (malestar estomacal) ☐ Ibuprofeno (dolor/febre/hinchazón) ☐ Caladryl (erupción cutánea/picadura de insecto) ☐ Guaifenesina (tos)

☐ Leche de Magnesio (estreñimiento) ☐ Acetaminofén (dolor de cabeza/febre) ☐ Banophen (erupción cutánea/picadura de insecto) ☐ Jarabe para la tos

☐ Meclizina (mareo por movimiento) ☐ Difen /Benadryl (alergia) ☐ Ungüento antibiótico (cortes/raspones)

¿Se requiere que el estudiante tome medicamentos regularmente? ☐ SÍ ☐ NO

Nota: Todos los medicamentos son administrados por la escuela del estudiante. Usted debe proporcionarle a su escuela instrucciones y dosis para la administración de medicamentos.

¿QUÉ NECESIDADES MÉDICAS ADICIONALES DEBE ASTROCAMP TENER EN CUENTA? Por favor explique en detalle (adjunte hoja adicional, si es necesario)

IMPORTANTE: Se requiere la firma al final de este formulario de un padre o tutor legal para participar en ASTROCAMP.

CONSENTIMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Las condiciones médicas del Estudiante y la información indicada en esta solicitud son completas y correctas, según lo mejor de mi conocimiento. Por la presente, doy permiso al personal del campamento de ASTROCAMP y a los acompañantes de la escuela para (1) administrar los medicamentos de rutina del Estudiante enumerados en esta Solicitud, así como los medicamentos necesarios y los de venta libre para enfermedades o molestias menores; (2) en caso de una emergencia médica, proporcionar primeros auxilios adecuados para lesiones menores; y (3) buscar tratamiento adicional de médicos u hospitales locales, si la condición médica lo amerita. En caso de que no puedan localizarme en caso de emergencia, también doy permiso al médico seleccionado por ASTROCAMP o al acompañante de la escuela para examinar, diagnosticar y tratar o asegurar el tratamiento adecuado para el estudiante y hospitalizarlo, y ordenar inyecciones y/o anestesia, y/o cirugía para el Estudiante, según lo determine el médico adecuado, y sea necesario según las circunstancias. Una fotocopia de esta Autorización será tan válida y podrá ser aceptada como el original. ASTROCAMP puede fotocopiar esta Solicitud completa y entregarla a los médicos u hospitales si así lo solicitan. Este Consentimiento se otorga de conformidad con las disposiciones del Código de Familia de California §6910. **CONSENTIMIENTO Y**

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Yo, en mi capacidad legal como padre/tutor del menor nombrado a continuación ("Menor"), reconozco y acepto que cualquier uso de las instalaciones, servicios, equipos y locales de CIMI ("Instalaciones") y cualquier participación en los programas y actividades de ASTROCAMP ("Programas") conlleva riesgos inherentes que incluyen, entre otros: (1) lesiones personales moderadas y graves, (2) daños a la propiedad, (3) discapacidad, (4) muerte y (5) enfermedad o dolencia, que incluye, entre otros, la exposición, la contratación o la propagación de COVID-19, o cualquier virus. Yo, de manera voluntaria, para mí y para el Menor, acepto y asumo total responsabilidad por estos riesgos, así como por todos los demás riesgos del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Acepto que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos estos riesgos y no confío en que todos esos riesgos se describan en este documento. En consideración al uso de las Instalaciones por parte del Menor y su participación en los Programas, yo, en mi capacidad legal como padre/tutor del Menor, acepto en mi nombre y en el del Menor que ASTROCAMP, sus funcionarios, directores, agentes, empleados, voluntarios, aseguradores y representantes (de ahora en adelante los "Exonerados") no serán responsables de ninguna lesión personal, daño a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o dolencia sufrida por el Menor, independientemente de cómo ocurra, incluida, entre otras, la negligencia de los Exonerados. Entiendo que el Menor y yo seremos los únicos responsables de cualquier pérdida o daño, incluyendo lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o dolencia sufrida por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Además, acepto, en mi capacidad legal como padre/tutor del Menor, en nombre del Menor, de mí mismo y de todos y cada uno de los sucesores y apoderados legales, mantener indemne y POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO Y ACUERDO NO DEMANDAR a los Exonerados, por cualquier causa, de acciones, reclamos, demandas o responsabilidades de cualquier naturaleza, incluyendo, entre otros, reclamos por negligencia, que el Menor, yo y todos y cada uno de los sucesores y apoderados legales podamos tener, ahora o en el futuro, contra los Exonerados, a causa de lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o accidente de cualquier tipo, que surjan de o estén relacionados de alguna manera con el uso de las Instalaciones o la participación en los Programas, ya sea que esa participación esté supervisada o no, sin importar cómo se produzcan lesiones o daños, incluyendo, entre otros, la negligencia de los Exonerados. En una consideración adicional del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, yo, en mi capacidad legal como padre/tutor del Menor, acepto en mi nombre y en el del Menor MANTENER INDEMNEMENTO Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD a los Exonerados de todas y cada una de las causas de acción, reclamos y demandas, pérdidas, responsabilidades o costos de cualquier naturaleza, incluyendo reclamos por negligencia, que surjan de o estén relacionados de alguna manera con el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Doy permiso a ASTROCAMP para que utilice cualquier fotografía, video o entrevista tomada en el campamento para ilustrar, informar, promover o publicitar los programas o campamentos de ASTROCAMP o de Guided Discoveries.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Padre/tutor legal

en letra de molde

Las reglas de aceptación y participación en los programas de Guided Discoveries, Inc. son las mismas para todos, sin distinción de raza, color, origen nacional, sexo o discapacidad.