POST OFFICE BOX 2640
BIG BEAR CITY, CA 92314
TELEPHONE/FAX: 800 428-1851
WWW.HIGHTRAILS.COM

High Trails

Understanding how we can all fit together on one healthy planet

Formulario de Consentimiento/Salud

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:	Nombre de la Escuela:
Fecha de Nacimiento:	Sexo del Estudiante: Masculino Femenino
Dirección:	
Nombre del Padre/ Tutor:	Numero Telefónico Primordial:
Relación al Estudiante:	Numero Telefónico Secundario:
Nombre del Contacto de Emergencia	Numero Telefónico del Contacto de Emergencia:
Proveedor de Seguro Médico:	Numero de Póliza:
Nombre del Asegurado Principal:	Numero Telefónico de la Compañía:
Nombre del Doctor:	Numero Telefónico del Doctor:

PASO 2: HISTORIAL DE SALUD

Su hijo/a anteriormente/ actualmente	No	Sí	Su hijo/a anteriormente/ actualmente	No	Sí
1. ¿Usa contactos o lentes?			9. ¿Le han diagnosticado migrañas?		
2. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico recientemente?			10. ¿Tiene problemas de diarrea o estreñimiento?		
3. ¿Tiene una enfermedad crónica o recurrente?			11. ¿Tiene un historial de sonambulismo?		
4. ¿Tiene asma?			12. ¿Tiene algún problema de piel? (erupción cutánea, comezón/picazón, etc.)		
5. ¿Tiene alergias?			13. ¿Tiene algún trastorno o problema de alimentación?		
6. ¿Tiene un historial de incontinencia? (orinarse en la cama)			14. ¿Tiene algún problema emocional para el cual se solicitó la ayuda de un profesional?		
7. ¿Ha sido hospitalizado?			***15. ¿Tiene un examen físico actualizado?***		
8. ¿Ha tenido convulsiones?			***16. ¿Tiene su vacuna contra el tétanos actualizada?***		
			17. ¿Tiene su vacuna contra COVID 19?		

Por favor explique cualquier respuesta de SÍ:

¿Hay algo más que debamos saber?

PASO 3: PADRES/TUTORES POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO:

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A VENTA LIBRE (SIN PRESCRIPCIÓN)
En el caso de una enfermedad leve mientras en el campamento, High Trails le dará a su hijo(a) medicamentos/remedios a venta libre comunes en dosificaciones apropiadas para su edad/peso. (Ejemplos: medicina para la tos, pepto-bismol, etc.). *Si usted no desea que tratemos a su hijo de esta manera, por favor firme sus iniciales aquí:* _____

PERMISO PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO: Yo, el abajo firmante padre o tutor legal del estudiante nombrado anteriormente, por la presente autorizo y doy mi consentimiento a High Trails, Inc. para proporcionar atención medica rutinaria al estudiante nombrado anteriormente y para administrar medicamentos como detallado anteriormente. Se entiende que en el caso de una emergencia se hará todo lo posible por contactarse con el abajo firmante antes de proporcionar tratamiento al paciente, pero no se retendrá el tratamiento si el firmante no puede ser contactado. En el caso de una emergencia, autorizo a que High Trails ordene cualquier examen de rayos-x, tratamiento quirúrgico, médico o de anestesia proporcionado por personal médico o de sala de emergencia licenciados bajo las disposiciones de la Ley de Práctica de la Medicina, o dentista licenciado bajo las disposiciones de la Ley de la Práctica Dental y en el personal de cualquier hospital general en el estado de California, Departamento de Salud. Se entiende que esta autorización se da por adelantado de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospital aconsejable por los médicos mencionados anteriormente en el ejercicio del mejor juicio del médico. Esta autorización se da conforme a las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de CA.

PERMISO PARA EL USO DE LAS IMÁGNES Y VÍDEOS: High Trails de vez en cuando toma fotos y videos de nuestros programas y los participantes para promover la naturaleza y la educación al aire libre para su escuela en nuestro sitio electrónico. La asistencia a High Trails constituye el permiso y consentimiento a esta práctica.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: High Trails es un campamento al aire libre y opera en un escenario al aire libre, proporcionando instrucción profesional y liderazgo a través de muchas actividades, incluyendo pero no limitadas a, el excursionismo a pie, el tiro con arco, el uso de un rocódromo y de un curso de cuerdas bajas. Yo, el abajo firmante padre o tutor legal del estudiante nombrado arriba, reconozco el riesgo inherente de lesión y discapacidad en estas actividades, y asumo este riesgo para mi hijo. Expresamente exonero a High Trails, Inc., a su personal y propietarios y al sitio de instalación en sí de toda responsabilidad por cualquier lesión, enfermedad, dolor o sufrimiento obtenido por el estudiante nombrado anteriormente a través de una actividad o programa de High Trails.

Reconozco que he leído completamente y comprendo plenamente todos los aspectos de este formulario y estoy de acuerdo con los términos contenidos en ellos en su totalidad.

Firma de Padre/Tutor: _____ _____ **Fecha:** _____

NOTA: *Original, FAX (800 428-1851), Escanear y Enviar por Correo Electrónico (hello@dirtyclassroom.com), y Firmas Electrónicas son válido y aceptables.*
¿PREGUNTAS? *Por favor complete un Formulario de Preocupaciones Especiales, disponible en www.dirtyclassroom.com/specialconcerns*