

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Género: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

Padre/Tutor: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

Altura: _____ Peso: _____ Edad del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Contacto de emergencia: _____ Aseguradora: _____

Dirección: _____ Póliza No.: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Teléfono: _____ Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Relación con el estudiante: _____ Fecha de última vacuna para el tétanos: _____

NECESIDADES DIETÉTICAS: VEGETARIANO VEGANO INTOLERANTE A LA LACTOSA SIN GLUTEN OTRO

MARQUE: Todas las cuestiones de salud aplicables: **ALERGIAS ALIMENTARIAS:** Por favor describa:

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias* | <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja* | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de espalda/espalda débil | <input type="checkbox"/> Problemas de intestino/vejiga |
| <input type="checkbox"/> Mareo en automóvil/barcos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia/trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Roble venenoso | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios** | <input type="checkbox"/> Caminar dormido |

*¿Su hijo tiene una receta actual de EpiPen para las alergias? **SÍ** **NO** Si la respuesta es AFIRMATIVA, el EpiPen debe acompañar a su hijo al campamento para poder participar en las actividades.

¿Necesita su hijo un inhalador(es) a diario y/o para actividades inducidas por el ejercicio? **SÍ **NO** Si la respuesta es AFIRMATIVA, el inhalador o los inhaladores deben acompañar a su hijo al campamento para poder participar en las actividades.

Por favor, especifique con (S) **SÍ** o (N) **NO** cada uno de los medicamentos que pueden ser administrados a su hijo.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pepto Bismol (malestar estomacal) | <input type="checkbox"/> Leche de Magnesia (para el estreñimiento) | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (dolores menores; fiebre) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la garganta/para la tos | <input type="checkbox"/> Benadryl (alergia) | <input type="checkbox"/> Caladryl (para erupciones cutáneas) |
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén (dolores de cabeza/temperaturas elevadas) | <input type="checkbox"/> Bonina/Meclizina/Dramamina (mareos) | |

¿Debe el estudiante tomar algún medicamento regularmente?

SÍ **NO**

☆ Todos los medicamentos son administrados por los acompañantes de la escuela del estudiante. Indique las instrucciones (dosis) para la administración del medicamento.

¿QUÉ NECESIDADES MÉDICAS IMPORTANTES DEBE TENER EN CUENTA ASTROCAMP? POR FAVOR, EXPLIQUE EN DETALLE. (Adjunte una hoja adicional si es necesario)

IMPORTANTE: Para participar en el ASTROCAMP se requiere la firma de los padres o del tutor legal al final de este formulario.

CONSENTIMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Las condiciones médicas del Estudiante y la información declarada en esta solicitud son completas y correctas. Le doy permiso al personal del campamento de ASTROCAMP y a los acompañantes de la escuela para, (1) administrar los medicamentos de rutina del Estudiante que se enumeran en esta Solicitud, así como los medicamentos necesarios y los medicamentos de venta libre para enfermedades o molestias menores; (2) en caso de una emergencia médica, para proporcionar los primeros auxilios apropiados para lesiones menores; y (3) buscar más tratamiento médico u hospitalario local si la condición médica lo justifica. En el caso de que yo no pueda ser localizado en una emergencia, también le 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 el médico determine que es apropiado y necesario bajo las circunstancias. Una fotocopia de esta autorización será tan válida y podrá ser aceptada como el original. Esta solicitud llena puede ser fotocopiada por ASTROCAMP y entregada a los médicos u hospitales si así lo solicitan. Este consentimiento se da de acuerdo con las disposiciones del Código de Familia de California §6910. **CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Yo, en mi capacidad legal como padre/tutor del menor nombrado abajo ("Menor"), reconozco y acepto que cualquier uso de las instalaciones, servicios, equipos y locales de ASTROCAMP ("Instalaciones") y cualquier participación en los programas y actividades de ASTROCAMP ("Programas") viene con riesgos inherentes incluyendo, pero no limitado a 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, estoy de acuerdo, en mi capacidad legal como padre/tutor del Menor, en nombre del Menor, de mí mismo y de todos los sucesores y apoderados legales, en exonerar y POR MEDIO DE LA PRESENTE EXONERO, RENUNCIO Y ME COMPROMETO A NO DEMANDAR a los Exonerados por cualquier causa de acción, reclamos, juicios, responsabilidades o demandas de cualquier naturaleza, incluyendo, pero no limitado a reclamos por negligencia, que el Menor, yo mismo y todos los sucesores y apoderados legales puedan tener, ahora o en el futuro, contra los Exonerados a causa de lesiones personales, daños a la propiedad, incapacidad, muerte, enfermedad, dolencia o accidente de cualquier tipo, que surjan o estén relacionados de alguna manera con el uso de las Instalaciones o la participación en los Programas, ya sea que la participación sea supervisada o no, sin importar cómo ocurra la lesión o el daño, incluyendo, pero no limitado a la negligencia de los Exonerados. En consideración adicional al uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, yo, en mi capacidad legal como padre/tutor del Menor, estoy de acuerdo en nombre mío y del Menor en INDEMNIZAR Y EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD a los Exonerados de cualquier causa de acción, reclamo, demanda, pérdida, pleito, responsabilidad o costo de cualquier naturaleza, incluyendo reclamos de negligencia, que surjan de o que estén en cualquier forma relacionados con el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Autorizo a ASTROCAMP a utilizar cualquier fotografía, video o entrevista realizada en el campamento para ilustrar, informar, promover o publicitar los programas o campamentos de ASTROCAMP o Guided Discoveries.

Firma: _____ **Nombre en letra de molde:** _____ **Fecha:** _____

Padre/tutor legal

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