



Apellido del Estudiante: _____ **Nombre:** _____ **Sexo:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Padre/Madre/Tutor: _____ **N° de Celular:** _____ **N° del Trabajo:** _____
Lugar del Trabajo: _____ **Dirección:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Estatura _____ **Peso** _____ **Edad del estudiante:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

<p>Contacto de emergencia: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____ Relación al estudiante: _____</p>	<p>Compañía de seguro médico: _____ N° de póliza: _____ Teléfono: _____ Médico de la familia: _____ Teléfono: _____ Fecha de la última vacuna contra el Tétanos: _____</p>
---	--

IMPORTANTE: El padre/madre/tutor debe firmar este formulario para autorizar la participación de su hijo/a en AstroCamp.
AUTORIZACION PARA LOS CASOS DE EMERGENCIA MEDICA: La información sobre el Estudiante y sus afecciones médicas que se encuentra en este formulario es correcta y completa. Autorizo al personal de AstroCamp y a los chaperones de la Escuela a (1) administrar los medicamentos regulares alistados aquí, así como los medicamentos sin receta y otros medicamentos para dolores o enfermedades leves, de ser necesarios, (2) en casos de emergencia médica, de proporcionar primeros auxilios para las lesiones leves, y (3) de buscar tratamiento adicional de médicos u hospitales locales si la afección médica lo requiere. En el caso de que no pueden comunicarse conmigo durante una emergencia, autorizo al médico seleccionado por AstroCamp o por el chaperón de la Escuela a examinar, diagnosticar, tratar o elegir el tratamiento apropiado para el Estudiante, de hospitalizar, ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para el Estudiante según lo que las circunstancias exigen. Una fotocopia de esta Autorización será tan válida como la original y debe ser aceptada. AstroCamp puede fotocopiar esta Autorización y facilitarla al médico o al hospital si es necesario. Doy mi consentimiento conforme con las disposiciones del artículo 6910 del Código de Familias de California.

RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD: Se me han informado de la índole del programa de AstroCamp en el que el Estudiante se inscribe. Entiendo que existen ciertos riesgos asociados con la participación del Estudiante en las actividades del campamento y con el transporte que pueden llevar a lesiones o inclusive la muerte. Estoy familiarizado/a con los deportes/las actividades al aire libre y de las capacidades del Estudiante y no estoy consciente de ningún problema ni deficiencia física, emocional ni mental del Estudiante que impediría, limitaría o incrementaría el riesgo de daño si el Estudiante participara en las actividades de AstroCamp. Asimismo reconozco que AstroCamp no puede garantizar que los participantes, el equipo, el terreno o las actividades serán libres de accidentes y lesiones. Estoy consciente de y le he instruido al Estudiante de la importancia de conocer y acatar el reglamento y las normas de AstroCamp. Me comprometo a instruir al Estudiante a acatar las normas y políticas de AstroCamp y de colaborar con el personal del mismo. Entiendo que si el Estudiante no acata las normas de Astrocamp el Estudiante puede ser expulsado del campamento y regresado a su casa con el padre/madre/tutor a cargo de los gastos. Teniendo este conocimiento, doy mi autorización para la participación del Estudiante en todas las actividades de AstroCamp y en nombre del suscrito y del Estudiante acepto y asumo plena responsabilidad en el caso de lesiones, enfermedades, pérdida de propiedad personal u otros daños, así como los gastos médicos que podrían resultar de la presencia o participación del Estudiante en las actividades de AstroCamp. Por la presente Autorización libero a Guided Discoveries, Inc., AstroCamp, y sus agentes y empleados de la responsabilidad de cualquier pérdida, daño, gasto, lesión, o enfermedad derivado de la participación del Estudiante en las actividades o en el transporte de AstroCamp. Yo doy mi autorización a AstroCamo de usar fotografías, videos o entrevistas grabadas en el campamento para ilustrar, reportar, promover o promocionar los programas de AstroCamp o Guided Discoveries.

FIRMA: _____
Padre/Madre/Tutor
Nombre en letra de molde: _____ **Fecha:** _____
Las normas de participación en los programas de Guided Discoveries, Inc. son iguales para todos sin tomar en cuenta cuestiones de raza, color, origen nacional, sexo o discapacidad.

NECESIDADES DIETARIAS:
 Vegetariano/a ___ Vegan ___ No tolera productos lácteos ___ Sin gluten ___
 Otra ___

ALERGIAS A LA COMIDA: Describa por favor:

MARQUE: Cualquier problema médico que aplica:

<input type="checkbox"/> Alergias*	<input type="checkbox"/> Alergia a las picaduras de abeja*
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda, espalda débil
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno de ataques
<input type="checkbox"/> Alergia al polen	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Roble venenoso
<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios**
<input type="checkbox"/> Camina sonámbulo	<input type="checkbox"/> Vómitos

*¿Se le ha recetado a su hijo/a alguna vez una EpiPen para las alergias? Sí ___ No ___
Si la respuesta es sí, su hijo/a debe traer su EpiPen al campamento.

**¿Requiere su hijo/a un inhalador a diario o para participar en las actividades basadas en el ejercicio? Sí ___ No ___
Si la respuesta es sí, su hijo/a debe traer su inhalador al campamento.

Especifique con un Sí o No cada medicamento que se le puede administrar a su hijo/a.

_____ Pepto Bismol (nauseas/dolor de estómago)
 _____ Leche de Magnesio (para el estreñimiento)
 _____ Ibuprofeno (dolores leves, fiebre)
 _____ Caramelos/Pastillas para la garganta/la tos
 _____ Benadryl (alergia)
 _____ Caladryl (para el sarpullido de piel)
 _____ Paracetamol (dolores de cabeza/fiebre)

¿Es necesario que el estudiante tome medicamentos regularmente?

Sí _____ No _____

☆ Todos los medicamentos serán administrados por los chaperones de la escuela. Favor de proporcionar las instrucciones (dosificación) para los medicamentos.

EXPLIQUE CON DETALLE LAS NECESIDADES MEDICAS DE LAS QUE ASTRO CAMP DEBE ESTAR CONSCIENTE.
 (Agregue otra hoja si es necesario.)