

**** Puede presionar TAB para pasar de una casilla a otra

Nombre del estudiante: Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: M F

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

Padre/tutor: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono Oficina: _____

Email: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

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

Contacto de emergencia:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: _____

Relación con el estudiante: _____

Compañía de Seguros Médicos: _____

Nº de póliza: _____

Teléfono: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

IMPORTANTE: Para participar en el AstroCamp es necesario que los padres o el tutor legal firmen al final de este formulario.

CONSENTIMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Las condiciones médicas del Estudiante y la información declarada en esta solicitud es completa y correcta. Autorizo al personal del campamento AstroCamp y a los acompañantes de la escuela a, (1) administrar los medicamentos de rutina del Estudiante que figuran 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 los primeros auxilios apropiados para lesiones menores; y (3) buscar tratamiento adicional de los médicos u hospitales locales si la condición médica lo justifica. En caso de que no se me pueda localizar en caso de emergencia, También doy permiso al médico seleccionado por AstroCamp o el acompañante de la escuela para que examine, diagnostique y trate o asegure el tratamiento adecuado para el Estudiante y lo hospitalice, y para que ordene inyecciones y/o anestesia y/o cirugía para el Estudiante, según el médico determine que es apropiado y necesario bajo dichas circunstancias. Una fotocopia de esta autorización es válida y puede ser aceptada como su original. Esta solicitud completada 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 de ninguna manera limitado a: (1) lesiones personales moderadas y severas, (2) daños a la propiedad, (3) discapacidad, (4) muerte, y (5) enfermedad, incluyendo la exposición a, contraer o propagar COVID-19. Voluntariamente, por mí y por el menor, acepto y asumo la plena responsabilidad de estos riesgos, así como de todos y cada uno de los posibles riesgos del uso de las Instalaciones y de la participación en los Programas. Acepto que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos esos riesgos y que no confío en que todos esos riesgos estén descritos en este documento.

En consideración al uso de las instalaciones y a la participación del menor 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 ("Exonerados"), no serán responsables de ninguna lesión personal, daño a la propiedad, incapacidad, muerte, enfermedad o dolencia incurrida por el menor, como quiera que ocurra, 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 liberar y POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO Y ME COMPROMETO A NO DEMANDAR a los exonerados de cualquier causa de acción, reclamos, juicios, responsabilidades o demandas de cualquier naturaleza, incluyendo, pero sin limitarse a las reclamaciones por negligencia, que el menor, yo mismo, y todos los sucesores legales y apoderados puedan 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 se deriven del uso de las instalaciones o de la participación en los programas, ya sea que la participación sea supervisada o no, independientemente de la forma en que se produzca la lesión o el daño, incluyendo, pero sin limitarse a, la negligencia de los exonerados. que se deriven del uso de las instalaciones o de la participación en los programas, ya sea que la participación sea supervisada o no, independientemente de la forma en que se produzca la lesión o el daño, incluyendo, pero sin limitarse a, la negligencia de los exonerados.

Autorizo a AstroCamp a utilizar cualquier fotografía, vídeo o entrevista realizada en el campamento para ilustrar, informar, promover o publicitar los programas o campamentos de AstroCamp o Guided Discoveries.

FIRMA: _____

Padre/tutor legal

Por favor, nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

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

NECESIDADES DIETÉTICAS:

Vegetariano Vegano Intolerante a la lactosa Sin gluten Otros

ALERGIAS ALIMENTARIAS: Por favor, describa:

MARCAR: Todos los problemas de salud aplicables:

- | | |
|---|---|
| <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"/> Mareos en auto/mar | <input type="checkbox"/> Problemas de intestino/vejiga |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia/trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Roble venenoso |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios ** |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Vómitos |

* ¿Le han recetado a su hijo un 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 a diario y/o para actividades relacionadas con 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 marcando cada uno de los medicamentos que pueden ser administrados a su hijo.

- Pepto Bismol (malestar estomacal)
- Leche de Magnesio (para el estreñimiento)
- Ibuprofeno (dolores menores; fiebre)
- Pastillas para la garganta / Pastillas para la tos
- Benadryl (alergia)
- Caladryl (para el sarpullido de la piel)
- Acetaminophen (dolores de cabeza/temperatura elevada)
- Bonine/Meclazine/Dramamine (mareo por movimiento)

¿El estudiante debe tomar regularmente la medicación?

SÍ NO



Todos los medicamentos son administrados por los acompañantes de la escuela del estudiante. Por favor, facilite las instrucciones (dosis) para la administración de la medicación.

¿QUÉ NECESIDADES MÉDICAS IMPORTANTES DEBE CONOCER ASTROCAMP? POR FAVOR, EXPLIQUE EN DETALLE.

(Adjunte una hoja adicional si es necesario).

