



CONSENTIMIENTO Y OBTENCION DE INFORMACION

NOTA PARA LOS PADRES/INVITADOS: BWX quiere que la experiencia del campamento sea segura y saludable.

Asi pues, en el caso de un accidente o enfermedad, es importante que nosotros tengamos la siguiente información:

1. Historial médico
2. Prueba de examinación física durante los 12 meses pasados
3. Información de la aseguanza médica

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____ NSS _____
Apellido Nombre Inicial de segundo nombre

Padre o Guardián (o esposo) _____

Dirección de la Casa _____ Teléfono () _____
Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Dirección del Negocio _____ Teléfono () _____
Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Segundo Padre o Guardián como Contacto de Emergencia _____

Dirección de la Casa _____ Teléfono () _____
Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Dirección del Negocio _____ Teléfono () _____
Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

En caso de no ser contactado en una emergencia, notifique a: Nombre _____

Dirección de la Casa _____ Teléfono () _____
Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Historial de Salud (De fechas aproximadas)	Enfermedades	Alergias (No se necesita la fecha)
_____ Infecciones Frecuentes de Oído	_____ Varicela	_____ Fiebre del Heno
_____ Defectos/Enfermedad del Corazón	_____ Sarampión	_____ Envenenamiento/Hiedra Venenosa
_____ Diabetes	_____ Rubéola	_____ Piquete de Insecto
_____ Sangrado/Desorden de Coagulación	_____ Paperas	_____ Penicilina
_____ Hipertensión		_____ Otras Medicinas
_____ Mononucleosis		_____ Asma
_____ Convulsiones		_____ Otro (Especifique) _____

Operación de alguna lesión seria (fecha) _____

Condición médica o enfermedad crónica _____

Restricciones de Dieta _____

Medicamento actual (enviar con instrucciones) _____

Otras enfermedades _____

Nombre del doctor familiar _____

Nombre del dentista/ortodoncista _____

Consideraciones especiales de conducta y salud _____

HISTORIAL DE VACUNAS: Las vacunas son determinadas localmente. Por favor anote el (mes y año) vacunas básicas y las segundas vacunas más recientes.

Vacunas	Fecha de las Vacunas Básicas	Fecha de la Segunda Vacuna
Difteria	1	1
DPT: Pertussis (Tos Ferina o Tos Convulsiva)	2	2
Tétanos	3	
Tétanos		
TD: Difteria		
Pólio de la boca (Sabin) TOPV		
Polio inyectable (SALK)		
Sarampión (Sarampión duro, Sarampión Rojo, Rubéola)		
Otra		
Exámen recibido para la Tuberculosis _____ (El más reciente)		
Influenza Haemophilus b (HIB)		
Hepatítis B		

Recomendaciones para el Cuidado de la Salud: Uno de los padres puede completar las siguientes recomendaciones de salud

Yo he examinado al aplicante mencionado arriba en los 12 de salud últimos meses. Fecha en que fué examinado _____

En mi opinión, la condición de la persona encionada arriba Excluye No excluye a El/Ella en la participación en el programa de campamento
Estatura _____ Peso _____ Presión Sanguínea _____

El aplicante esta bajo el cuidado de un doctor debido a las siguientes condiciones de salud _____

Tratamiento actual (incluir medicamento actual) _____

Explicación de cualquier pérdida del conocimiento, convulsiones o conmoción cerebral _____

El aplicante sufre de ataques de epilepsia? Si No

El aplicante tiene Diabetes? Si No

Recomendaciones y Restricciones Mientras se este Acampando

Cualquier tratamiento que se tenga que continuar mientras se este acampando _____

Cualquier medicamento que tenga que suministrarse durante el campamento (especifique la dosis) _____

Alguna restricción a una dieta o plan de alimentos recetada _____

Alguna alergia (Comida, medicina, plantas, insectos) _____

Alguna limitación a las actividades _____

Información adicional de salud _____

Firma del doctor autorizado _____				
Dirección _____	_____	_____	_____	Teléfono (_____) _____
<small>Dirección de la calle</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado/Provincia</small>	<small>Código Postal</small>	
Fecha en que la forma fué completada _____	*Por _____	<small>*Iniciales si fué completada por la enfermera o el asistente del doctor</small>		

COBERTURA DE ACCIDENTE

Yo entiendo que BWX hace todo lo posible para prevenir lesiones o accidentes.

Si ocurre un accidente, la aseguranza individual de los acampadores será usada para tratar las lesiones en Ely, Virginia, o Duluth.

Yo doy permiso al personal de BWX para usar esta aseguranza en representación del menor descrito en esta hoja.

Mi compañía de seguros _____ Número de póliza _____

Dirección de la compañía de seguros

Este historial de salud es correcto hasta donde tengo conocimiento y la persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades de campamento a excepción de las que son especificadas. **Autorización para el Tratamiento:** Yo doy mi permiso al personal médico seleccionado por el director del campamento para que ordene Rayos - X, exámenes de rutina, tratamiento; para obtener cualquier expediente necesario para los propósitos de la seguridad; y proveer o hacer los arreglos necesarios relacionados de transportación para mi o mi hijo. En caso de que no sea localizado en una emergencia, Yo autorizo al doctor seleccionado por el director del campamento para asegurar y administrar el tratamiento, incluyendo la hospitalización de la persona mencionada arriba. Las formas completadas deberán ser fotocopiadas para los viajes fuera del campamento.

Asi como mi asistencia a BWCA es un privilegio, Yo descarto a BWX, incluyendo a su mesa directiva, empleados y agentes, de mi lesión física, incluyendo la muerte, o enfermedad mientras este acampando, incluyendo a mis patrocinadores al y del viaje de campamento de BWX, en consideración de este privilegio. Yo asumiré los riesgos asociados que este conlleve ya sea que los conozca o no hasta este momento. Esta exclusión tambien incluye todos los reclamos que haga mi familia, el estado, los herederos, personal representativo o asignado.

Si yo soy menor de 18 años, mi padre o guardián, firmando en la parte de abajo, tambien dan su consentimiento de mi exclusión y El o Ella estan de acuerdo en que la exclusión será una acción legal en contra de ellos como mis padres o guardiánes asi como a mi y mis bienes, herederos, personal asignado y representativo. Mi padre o guardián firmando en la parte de abajo tambien promete defender, indemnizar y no perjudicar a BWX por ningún reclamo afirmado por mi en contra de BWX, incluyendo a su mesa directiva, empleados y agentes, si es que me reusara a esta exclusión despues de haber obtenido la mayoría de edad.

Yo otorgo permiso a BWX a fotografiar al acampador durante las actividades de campamento y usar las fotografías y el audiovisual de BWX y los materiales impresos sin alguna compensación o derechos de aprobación.

Firma del padre o guardián o algún adulto del personal/acampador _____

Personas autorizadas para recoger a el joven otra que no sea el padre o guardián _____

Yo tambien entiendo y estoy de acuerdo en obedecer con todas las restricciones establecidas en mis actividades de campamento enlistadas en la parte de arriba.

Firma del menor o adulto personal/acampador _____ Fecha _____