

\*\*\*\* 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).