WESTMINSTER WOODS – Programa de Educación al Aire Libre

Imprima el nombre del participante: _____ Nombre del Grupo y Fecha_____

FORMA DE LA INFORMACIÓN MEDICA

Para que nosotros podamos proporcionarle el ossi servicio ossib,
por favor llene la información de la sección I

SECCIÓN I: INFORMCION ADICIONAL MEDICA

Circule un SI y EXPLIQUE ABAJO si ha tenido daños o ossibl, condiciones preexistentes, condiciones especiales o información pertinente médica (por ejemplo: una cirugía reciente). De otra manera, circule el NO. Esta información se mantendrá confidencial.

Edad_____ Hombre_____ Mujer_____ Estatura_____ Peso_____

Tiene alguna incapacidad física limitada (¿temporal o permanente?) **Si** **No**
¿Está tomando actualmente algún medicamento? **Si** **No**
¿Tiene algunas alergias, reacciones al medicamento, alguna otra limitación médica? **Si** **No**
Historia de sentirse mareado o de desmayarse? **Si** **No**
Historia de problemas con el corazón o ataques al corazón? **Si** **No**

Ojos	**SI**	**NO**	Pulmones	**SI**	**NO**	Órganos internos	**SI**	**NO**	Muslos	**SI**	**NO**
Oídos	S	N	Asma	S	N	Epilepsia/Ataques	S	N	Piernas		
Cabeza	S	N	Corazón	S	N	Enfermedades	S	N	de abajo	S	N
Cuello	S	N	Diabetes	S	N	Presión alta sangre	S	N	Pies	S	N
Brazos	S	N	Espalda baja	S	N	¿Ha fumado?	S	N	Rodillas	S	N
Muñecas	S	N	Espalda arriba	S	N	¿Usa lentes contacto?	S	N	Pelvis	S	N
Manos	S	N	Hombros	S	N	¿Dislocaduras-dónde?	S	N	Ingle	S	N

EXPLIQUE EN INGLES (si le es ossible) CUALQUIER PREGUNTA QUE CONTESTO (SI)

Teléfono del participante (casa) _____ Tel. (trabajo) _____ Otro: _____

Domicilio_____ Ciudad _____ C.P._____

Contacto de emergencia: Nombre_____ Relación: _____

Teléfono (casa): _____ Tel. (trabajo) _____ Otro: _____

Nombre de su Aseguranza: _____ # de Póliza:_____

Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 2: EL PARTICIPANTE LIBERA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD

Yo reconozco que existe un alto nivel de riesgo en cualquier deporte o actividad al aire libre, incluyendo cursos de reatas y programas de aventura. Yo admito que Westminster Woods, sus empleados y agentes toman todas las precauciones razonables de seguridad en el transcurso de este programa de aventura.

Estoy al tanto de que ciertas partes del programa demandan de mi participación física, y que se me pedirá caminar, correr, estirar, trepar, empujar, jalar y realizar otras actividades físicas riesgosas y peligrosas.

Yo voluntariamente estoy de acuerdo en participar en el programa que se llevara a cabo por Westminster Woods, sus empleados, y agentes en las fechas anteriormente descritas. Ademas yo estoy de acuerdo en obtener una opinión medica de buena calidad si sobrepaso los 50 anos de edad o si dudo de mi capacidad para participar. Yo estoy de acuerdo en participar únicamente hasta donde mis condiciones física, medica, emocional y otras me lo permitan, sin poner en riesgo mi persona, ni a otros participantes, ni miembros del programa.

Yo estoy de acuerdo en asumir completa responsabilidad de mis actos y consecuencias, y de cualquier inconveniencia o daño de cualquier tipo que resulte a mi persona y/o propiedad. Yo estoy de acuerdo en que mi seguro medico (personal) y cualquier otro seguro sostenido por la organización arriba mencionada, o por cualquier persona o entidad, para mi beneficio deberá reemplazar y ser usada antes que cualquier protección del seguro medico que pudiera ser utilizado por Westminster Woods.

Yo por medio de la presente me hago responsable y estoy de acuerdo en indemnizar y sostengo sin culpa alguna a Westminster Woods y a los oficiales, directores, accionistas, empleados, asociados, guias y agentes de esta organización, de cualquier y toda obligación, reclamo o demandas (excepto aquellas que por negligencia ocurran por parte de los miembros envueltos en este convenio) que yo, mis herederos, ejecutores, administradores, asignados, distribuidores, representantes personales o legales, y todos los miembros de mi familia pudieran ahora tener o en el futuro hacer a causa de cualquier perjuicio, perdida, muerte o daño de cualquier clase a causa de mi participación en este programa.

Yo estoy de acuerdo en que cualquier disputa concerniente a este convenio deberá ser sometida a arbitraje en el Condado de Sonoma de acuerdo a las reglas de la Asociación de Arbitraje Americano que se encuentre en efecto como una condición precedente a cualquier acción legal que pueda ser tomada por mi o en mi beneficio para resolver dicha disputa.

Yo he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones mencionadas por la presente y admito que este convenio tomara efecto y atadura sobre mi en lo sucesivo.

Firma del participante:_____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor (si el participante es menor de 18): _____

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN PARA TRATAR MEDICAMENTE A UN MENOR (menor de 18 anos)

Yo (nosotros) el padre que firma abajo, padres o tutor legal de _____ , un menor de edad, por medio de la presente autorizo y doy consentimiento para que se le atienda con cualquier tipo de atención medica como rayos X, exámenes, anestésicos, diagnosis medica o de cirugía ejecutada bajo la supervisión general o especifica de cualquier miembro del personal medico o persona autorizada en el cuarto de emergencias bajo las estipulaciones del Acta de Medicina Practica o un dentista autorizado bajo el Acta Practica del Dentista y el personal de cualquier hospital general perspicaz que posee una licencia actualizada para operar un hospital del Departamento de Salud Publica del Estado de California. Se entiende que esta autorización esta dada para proveer autoridad y poder para rendir el cuidado que el medico anteriormente mencionado en el ejercicio de su mejor entendimiento pudiera considerar aconsejable. Se entiende que se hará el esfuerzo de ponerse en contacto con la persona(s) que abajo firma (firman) antes de proveer tratamiento a el paciente, pero que cualquier tratamiento arriba descrito no sera negado si la persona(s) que abajo firma (firman) no puede(n) ser localizada. Esta autorización esta dada de acuerdo con las estipulaciones de la sección 25.8 de el Codigo Civil de California. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta el séptimo día siguiente a la fecha del programa que se muestra en la parte superior de este convenio.

Firma (padre/tutor del menor mencionado anteriormente): _____ fecha: _____