



****OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES****
Formulario de inscripción para los Institutos Headlands, Olympic Park, Santa Monica, y Yosemite,
recintos de NatureBridge
www.naturebridge.org

Sírvase completar **AMBOS** lados de este formulario en forma clara y en tinta. Firme donde se indique.

NatureBridge lidera galardonados programas educativos en el campo de la ciencia en bellos parques nacionales. NatureBridge, fundado en 1971, imparte educación ambiental a más de 40.000 estudiantes por año. NatureBridge se compone de tres recintos: el Instituto Headlands en el área de Recreación Nacional del Golden Gate, el Instituto Olympic Park en el Olympic National Park y el Instituto Yosemite en el Yosemite National Park y el Instituto Santa Monica Mountains en el área de Recreación Nacional del Santa Monica.

En cada recinto NatureBridge ofrece programas que incluyen tres temas educativos centrales – el sentido del lugar, las interconexiones y la administración – a través de divertidas actividades prácticas. Estos programas se han adaptado para aumentar las lecciones en la clase y apoyar las normas de la educación estatal. Los altamente calificados instructores de NatureBridge ofrecen esta aventura educativa al tiempo que cumplen con las más rigurosas normas de seguridad. Todos nuestros docentes están certificados como personal de emergencia en territorios vírgenes y han asistido a entrenamientos específicos en el parque.

A fin de brindar a su hijo/a una valiosa experiencia en NatureBridge, sírvase tomarse unos minutos para completar **ambos** lados de este formulario.

Nombre del participante _____, _____ **Fecha de nacimiento** _____ ☐ maestro ☐ padre/acompañante ☐ alumno
(nombre) (apellido)
Grado ____ ☐ Femenino o ☐ Masculino Etnia: ☐ blanco ☐ asiático americ. ☐ afro-americano ☐ hispano americ. ☐ americano nativo ☐ otro
Domicilio _____ Ciudad/estado/código postal _____
Dirección de correo electrónico _____ Fechas del programa _____
Nombre del padre (o padres) o tutor _____, _____ / _____, _____
(nombre) (apellido) (nombre) (apellido)
Domicilio (si difiere del anterior) _____ Ciudad/estado/código postal _____
Principal maestro o contacto del grupo _____ Nombre del grupo _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA – Se deben indicar a los padres o tutor como primer contacto de emergencia

#1. Nombre _____ Relación _____ Correo-e _____
Teléfono diurno _____ Teléfono vespertino _____ Teléfono celular/Pager _____
#2. Nombre _____ Relación _____ Correo-e _____
Teléfono diurno _____ Teléfono vespertino _____ Teléfono celular/Pager _____

NatureBridge y sus recintos respetan la privacidad de la información que suministran nuestros clientes. NatureBridge nunca venderá ni divulgará esta información a otras organizaciones. NatureBridge se reserva el derecho de usar esta información para fines de mercadeo y desarrollo internos. **Los participantes pueden optar** por dejar de recibir esta información en cualquier momento.

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD: SÍRVASE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS *NO SE REQUIERE FIRMA DEL MÉDICO*

¿Tiene usted o ha tenido alguna de estas enfermedades o síntomas?

Afecciones médicas actuales		Enfermedades		
1. Trastornos hemorrágicos/coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el participante tiene alergias:
2. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. Papera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	23. ¿Carga consigo su propio Epi-pen?
4. Infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Defectos del corazón/ hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias		
6. Tratamiento siquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. ¿Carga consigo su propio inhalador?
7. Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. Iodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Deficiencia inmunológica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. Hiedra venenosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____
10. Enuresis (orinarse en la cama)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Abejas/avispas/insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22. Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Estuvo hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Si respondió “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, explique a continuación. Indique el número correspondiente.

Pregunta No.	Explicación

Cuestionario sobre la salud: (agregue más hojas si fuera necesario para suministrar la información completa)

¿Toma algún medicamento el participante? ☐ Sí ☐ No Enumere todos los medicamentos** que toma el participante y el propósito de cada uno.

****Continúe tomando todos los medicamentos como fueron recetados, salvo que su médico le indique lo contrario.**

¿Puede el participante intervenir en una caminata de 5 millas? ☐ Sí ☐ No ¿Existe algún impedimento en la actividad física del participante? ☐ Sí ☐ No

Describe _____

¿Come **carnes rojas** el participante? ☐ Sí ☐ No ¿**Aves**? ☐ Sí ☐ No ¿**Pescado**? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el participante alguna **alergia a alimentos**? Especifique _____

¿Tiene el participante alguna **restricción de alimentos**? Especifique _____

Suministre cualquier información adicional que debamos conocer para asegurar que el participante tenga una experiencia de calidad.

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Compañía de seguro médico _____

No. de póliza/ No. de I.D. _____ Nombre del socio _____

Adjunto información adicional: ☐ Sí ☐ No

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO: DEBE ESTAR FIRMADA POR PADRE/MADRE O TUTOR

Por el presente manifiesto que la información precedente es correcta a mi leal saber y entender, y autorizo a cualquier acompañante adulto o personal de NatureBridge a prestar su consentimiento para tomar radiografías, realizar exámenes físicos, suministrar anestesia, diagnosticar, brindar tratamiento y/o atención hospitalaria, según la recomendación de un médico y/o dentista certificado. En el caso de enfermedades o lesiones leves, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme lo más pronto que sea posible y práctico. En el caso de enfermedades o lesiones graves, NatureBridge tratará de contactarme antes del inicio de cualquier tratamiento médico, salvo que el estado de mi hijo/a sea de tal magnitud que requiera tratamiento médico de inmediato antes de poder contactarme. Aún si no pudieran contactarme, esta autorización permanece en plena vigencia.

Por el presente autorizo al personal de NatureBridge, que haya recibido el entrenamiento apropiado, a (1) administrar medicamentos de venta sin receta, entre ellos aspirina, Tylenol, ibuprofen, Benedryl, Neosporin, Pepto-Bismol, y otros medicamentos similares y (2) a inyectar epinefrina para el tratamiento de emergencia en el caso de choque anafiláctico que se pueda producir como consecuencia de una reacción alérgica a mordeduras de insectos, picaduras de insectos, alimentos o plantas (como la hiedra venenosa). La inyección se aplicará bajo la dirección del director médico de NatureBridge.

Acepto asumir toda la responsabilidad financiera por cualquier cuidado/tratamiento médico que pueda recibir mi hijo/a.

****SE DEBE FIRMAR****Firma de padre/madre o tutor _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta del participante: _____ Fecha: _____