

INSCRIPCIÓN, EVALUACIÓN MÉDICA Y ACUERDO DEL PARTICIPANTE

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE DOCUMENTO Y ANOTE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA CON LETRA LEGIBLE Y TINTA. ASEGÚRESE DE PONER SU FIRMA Y LA FECHA EN EL ESPACIO PARA ELLO EN LA ÚLTIMA PÁGINA. LOS FORMATOS CON DATOS INCOMPLETOS O SIN FIRMAR PUEDEN DEMORAR O IMPEDIR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA. EL PADRE O TUTOR DEBE LLENAR Y FIRMAR POR LOS MENORES DE EDAD.

Nombre del Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: ____ Masculino ☐ Femenino ☐

Dirección: _____ (_____) _____
Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

El participante es: Un Menor ☐ Usted ☐ Un Maestro ☐ Un Padre/Chaperón ☐

Nombre del (de los) Padre(s) o Tutor(es) (si el Participante es un menor): (1) _____ (2) _____

Dirección del (de los) Padre(s)/Tutor(es) (si es distinta a la arriba indicada):

_____ (_____) _____
Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

Grupo étnico del Participante: Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Hispano ☐ Nativo americano ☐ Otro ☐

Nombre de la escuela: _____ Nombre del profesor titular o del contacto del grupo: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: El padre o tutor deberá ponerse como primer contacto en caso de emergencia

(1) Nombre _____ Relación _____ Correo electrónico _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono por las tardes _____ Celular/Radiolocalizador [pager] _____

(2) Nombre _____ Relación _____ Correo electrónico _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono por las tardes _____ Celular/Radiolocalizador [pager] _____

INFORMACIÓN DE SALUD: LLENE EN SU TOTALIDAD *NO SE REQUIERE FIRMA DE UN MÉDICO*

¿Tiene o ha tenido el Participante alguna de las condiciones o síntomas siguientes?

Condiciones médicas actuales		Enfermedades		Alergias	
1. Desórdenes sanguíneos/de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. Yodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Hiedra venenosa [poison oak]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Defectos cardíacos/Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Fecha de la última vacuna contra el tétano:		22. Abejas/Avispas/Insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			22. Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Padece de convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			24. Otras alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Inmunocomprometido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
9. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si el Participante tiene alergias:	
10. Moja la cama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			25. ¿Carga con su propia epinefrina o Epi-pen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			26. ¿Carga su propio inhalador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Si contestó "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, explíquelo a continuación. Proporcione el número correspondiente. (Agregue páginas adicionales de ser necesario.)

Pregunta No.	Explicación

¿Está el Participante tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Enumere todos los medicamentos que está tomando el Participante y la finalidad de cada uno.**

**El Participante debe seguir tomando todos sus medicamentos durante el Programa a menos que su doctor indique otra cosa.

¿Puede el Participante participar en una caminata de 5 millas? ☐ Sí ☐ No

¿Hay alguna restricción en la actividad física del Participante? ☐ Sí ☐ No

Descríbalo _____

¿Es el Participante alérgico a algún alimento? Especifique _____

¿Tiene el Participante restringida la ingesta de algún alimento? Especifique _____

Proporcione cualquier información adicional que considere deberíamos saber para ayudarnos a dar una experiencia de calidad para el Participante.

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Compañía de seguro médico _____

Póliza/# ID _____ Nombre del beneficiario _____

Se adjunta información adicional: ☐ Sí ☐ No

ACUERDO DEL PARTICIPANTE
(INCLUYE LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS, DESCARGO E INDEMNIZACIÓN)
REQUERIDO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE ACUERDO. AFECTA LOS DERECHOS LEGALES DE LOS PARTICIPANTES O DE SUS FAMILIAS EN CASO DE LESIÓN U OTRA PÉRDIDA.

Todos los participantes de 18 años en adelante, incluidos todos los maestros y chaperones (en lo sucesivo "Participantes adultos"), deben firmar este Acuerdo del Participante. Al menos un padre o tutor (ambos en lo sucesivo "Padre") deben firmar en su nombre y representación individualmente así como en nombre y representación de su menor hijo o protegido (en lo sucesivo "Participante menor"). El término "Yo" como se usa en este Acuerdo del participante se refiere al Participante Adulto y/o Padre. El término "Programa" se refiere al programa NatureBridge en que se ha inscrito un Participante.

En contraprestación del Programa, los servicios, beneficios y amenidades provistos por NatureBridge, una sociedad sin fines de lucro para el beneficio público, manifiesto por este medio mi entendimiento, confirmación y acuerdo como a continuación:

Actividades y riesgos

Las actividades varían de un programa al otro y pueden incluir caminatas, actividades de cuidado del medio ambiente (por ejemplo, remoción de plantas y mantenimiento de caminos), mochilear, esquí, paseos con raquetas de nieve, buceo con esnórquel, paseos en kayak, paseos en canoa y otras excursiones acuáticas. Algunos programas incluyen viajes en vehículos de NatureBridge conducidos por empleados de NatureBridge. Entiendo que este Programa expone a sus Participantes a una

variedad de riesgos y peligros, previstos e imprevistos, algunos de los cuales son inherentes y no se pueden eliminar sin alterar de manera fundamental el carácter único del Programa. Estos riesgos inherentes incluyen, de manera no limitativa, riesgos y peligros ambientales, que incluyen aguas en movimiento, profundas o frías; plantas, insectos, víboras y depredadores, que incluyen animales de gran tamaño, piedras en caída o rodantes; relámpagos; y fuerzas impredecibles de la naturaleza, que incluyen clima que puede cambiar a condiciones extremas sin aviso. Las lesiones y enfermedades posibles incluyen reacciones alérgicas, que incluyen, de manera importante, anafilaxia, hipotermia, quemaduras por frío, enfermedades por altitud, quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación, enfermedades infecciosas, lesiones osteomusculares y otras condiciones o lesiones leves o graves, que incluyen la muerte. La evacuación de emergencia y cuidado médico puede demorarse 24 (veinticuatro) horas o más debido a las ubicaciones remotas de algunas actividades del Programa.

Aceptación de los riesgos

Entiendo que la descripción anterior de los riesgos involucrados en las actividades de NatureBridge no está completa y que otros riesgos pudieran resultar en pérdidas patrimoniales, lesiones personales o la muerte. Para mí y para el Participante menor, acepto asumir, en la medida máxima que permita la ley, los riesgos de participación, conocidos y por conocer, inherentes o no, y sea o no que dichos riesgos se hayan descrito en los párrafos anteriores. Entiendo que la participación en este Programa es completamente voluntaria y consiento la participación con pleno conocimiento de la naturaleza riesgosa del Programa. Si el Participante es un menor de edad, he hablado con él o ella de las actividades y riesgos y el menor desea participar a pesar de ellos.

Descargo e indemnización

Yo, como Participante adulto o Padre de un Participante menor, en mi nombre y representación y en nombre y representación de ese Participante menor, estoy de acuerdo en liberar, indemnizar, proteger y tener a salvo, y prometo no demandar, a NatureBridge y/o sus institutos afiliados y/o cualquiera de sus funcionarios, consejeros, empleados, contratistas y aseguradoras correspondientes (las "Partes Relevadas"), con respecto a cualquiera de las reclamaciones, demandas, daños, pérdidas o responsabilidades, que incluyen, de manera no limitativa, las reclamaciones por lesiones personales o muerte, que Yo o mi Participante menor podamos sufrir, como resultado o relacionado de cualquier manera con mi participación, o la de mi Participante menor, en el Programa. Las reclamaciones relevadas e indemnizadas por el presente documento incluyen aquellas causadas o resultantes de la negligencia de una Parte relevada, o cualquiera de ellas, pero no aquellas causadas o resultantes de un acto u omisión temerario o ilícito doloso. Si una Parte relevada debe defenderse por cualquier reclamación presentada por mí y/o en mi nombre y representación o en nombre y representación de un familiar y/o mi Participante menor, Yo o los herederos o albaceas míos y/o del Participante menor acordamos pagar dichos costos de litigio y honorarios legales de dicha Parte relevada si la Parte relevada se defiende con éxito contra dicha reclamación y en la medida que así lo haga.

Consideraciones médicas

Declaro que la información médica antes provista es correcta y completa a mi mejor entender.

Autorizo al personal de NatureBridge que ha recibido capacitación adecuada para administrar primeros auxilios básicos y medicamentos de venta libre, que incluyen aspirina, Tylenol, ibuprofeno, Benadryl, Neosporin, Pepto-Bismol y otros similares. Entiendo que el personal de NatureBridge no carga con epinefrina para el tratamiento de reacciones alérgicas potencialmente letales que pudieran ocurrir durante el Programa. Si el Participante menor tiene una alergia conocida potencialmente letal, o si Yo he recibido aviso de que él o ella deberán estar preparados para una reacción alérgica posiblemente grave, mi Participante menor ha sido provisto con epinefrina autoinyectable y las instrucciones de un médico para su uso y Yo he instruido a mi Participante menor para tenerla disponible en todo momento durante el Programa. Si mi Participante menor está inscrito en el Programa como parte de una escuela u otro grupo, he informado también a la persona a cargo de la escuela u otro grupo de esta alergia y cualquier medida de protección aplicable prescrita por un médico.

Autorizo a cualquier chaperón adulto o miembro del personal de NatureBridge a procurar cuidado médico para mi Participante menor (o para mí, si no pudiera expresar mi consentimiento), y para dar consentimiento para cualquier rayos X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y/o cuidado hospitalario que pueda recomendar un doctor y/o dentista certificado. En caso de enfermedades o lesiones menores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme a la brevedad posible. En caso de enfermedades o lesiones mayores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme antes del inicio de cualquier tratamiento

Yo acepto asumir la total responsabilidad financiera por los costos de cualquier evacuación y/o cuidado/tratamiento médico que Yo o mi Participante menor podamos recibir.

Yo acepto que NatureBridge y sus representantes pueden usar, sin restricción ni compensación, mi imagen o la de mi Participante Menor, ya sea en fotografías o video, así como en cualquier escrito, obra de arte y/o testimonial creado por mí o mi Participante menor y proporcionado a NatureBridge. Yo acepto que una vez enviados, estos materiales se volverán propiedad de NatureBridge.