



**\*\*OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES\*\***  
**Formulario de inscripción para los Institutos Headlands, Olympic Park, Santa Monica, y Yosemite,**  
**recintos de NatureBridge**  
[www.naturebridge.org](http://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.

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	<b>Alergias</b>		
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 **carne roja** 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: \_\_\_\_\_



## **\*\* OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES \*\***

### **RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGOS** **EXONERACIÓN E INDEMNIZACIÓN**

#### **Definiciones**

Entiendo que el término **NatureBridge** según se usa en este documento se refiere e incluye a NatureBridge, Instituto Yosemite, Instituto Headlands, Instituto Olympic Park, Instituto Santa Monica y cada uno de sus actuales y anteriores funcionarios, directores, empleados, agentes, contratistas y entidades afiliadas o relacionadas; el término NatureBridge se refiere e incluye a todo empleado o agente de **NatureBridge**; el término “**Yo**” se refiere e incluye a todo participante mayor de 18 años, o al padre/madre o tutor de cualquier participante menor de 18 años y el término “**Programa**” se refiere al programa de NatureBridge en el cual se ha inscrito el participante.

#### **Reconocimiento y asunción de riesgos**

Entiendo que durante mi participación en este Programa, podré estar expuesto a una variedad de riesgos y peligros, previstos o no, que no pueden ser eliminados sin alterar la característica fundamental del Programa. Estos riesgos inherentes incluyen, entre otros, riesgos y peligros propios del medio ambiente, como el movimiento rápido a través de aguas frías o profundas; insectos, serpientes, predadores, como animales grandes; rocas en movimiento y rodantes; rayos y fuerzas impredecibles de la naturaleza, como el clima que puede cambiar a condiciones extremas sin aviso. Las actividades varían según el programa y pueden incluir travesías, actividades de administración (ej.: remoción de plantas, mantenimiento de senderos), caminatas con mochila, esquí, caminatas con raquetas de nieve, o navegar en canoa. Algunos programas requieren viajar en los vehículos de NatureBridge manejados por empleados de NatureBridge. Entre las posibles lesiones y enfermedades se encuentran: hipotermia, congelamiento de extremidades, mal de montaña, quemaduras de sol, insolación, deshidratación, lesiones musculosqueléticas y otras enfermedades o lesiones leves o graves. En algunos casos es probable que las evacuaciones y el cuidado médico de emergencia se vean demorados debido a que las actividades del Programa se desarrollan en lugares remotos.

Entiendo que esta descripción de los posibles riesgos no es completa, y que pueden producirse otros riesgos, desconocidos o no previsible, que pueden causar pérdida de bienes, lesiones o muerte. Como condición de mi participación en el Programa acepto asumir plena responsabilidad por todos los riesgos que dicha participación conlleve. Mi participación en este Programa es totalmente voluntaria y opto por participar con total conocimiento de los riesgos inherentes.

#### **Consentimiento para tratamiento médico**

Entiendo que si me enfermo o sufro una lesión durante el transcurso del Programa y no estoy en condiciones de prestar mi consentimiento para cualquier tratamiento médico que un médico y/o dentista certificado considere necesario, NatureBridge tratará de manera razonable de solicitar el consentimiento para el tratamiento al/a los contacto(s) de emergencia que he indicado previo al inicio de dicho tratamiento médico, salvo que la magnitud de mi enfermedad sea tal que no permita que el tratamiento se demore. Si no se puede demorar el inicio del tratamiento, por el presente presto mi consentimiento a dicho tratamiento, según el médico y/o dentista certificado considere necesario.

#### **Exoneración e indemnización**

En contraprestación de mi participación en el Programa y los servicios y beneficios ofrecidos por NatureBridge, YO VOLUNTARIAMENTE ACEPTO (1) EXONERAR, RELEVAR Y LIBERAR DE TODA RESPONSABILIDAD A NATUREBRIDGE, SEGÚN EL ALCANCE MÁXIMO DE LA LEY, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS RECLAMOS, DEMANDAS, DAÑOS Y PERJUICIOS, PÉRDIDAS U OBLIGACIONES, QUE INCLUYEN EN FORMA NO LIMITATIVA, RECLAMOS POR LESIONES PERSONALES O MUERTE, AÚN CUANDO FUERAN CAUSADAS POR NEGLIGENCIA DE NATUREBRIDGE (pero no su mala conducta intencional o maliciosa), QUE SURJAN O QUE DE ALGUNA MANERA GUARDEN RELACIÓN CON EL PROGRAMA O MI PARTICIPACIÓN EN EL MISMO, y (2) indemnizar y defender a NatureBridge, como mejor proceda en derecho, con respecto a cualquiera y cada uno de los reclamos, demandas, obligaciones, daños y perjuicios o costos, aún cuando fueran causados por negligencia de NatureBridge (pero no su mala conducta intencional o maliciosa), que surjan o de alguna manera guarden relación con el Programa, o mi participación en él o que ocurran durante las fechas inclusivas de mi asistencia al Programa, y/o de cualquier tratamiento médico que pueda recibir durante el Programa.

#### **Otras Disposiciones**

NatureBridge y las personas designadas por éste pueden usar mi fotografía, o cualquier video, escrito, ilustración y/o testimonios que yo haya creado y entregado a NatureBridge. Los mismos pasarán a ser propiedad de NatureBridge y éste podrá usarlos a su criterio para sus propios fines de mercado y/o desarrollo, y por el presente presto mi consentimiento y autorizo dicho uso sin restricción alguna.

#### **Acuerdo**

- He tenido la oportunidad de formular preguntas a NatureBridge sobre el Programa en el cual me he inscrito, las cuales me han sido respondidas a mi entera satisfacción.
- Entiendo que durante algunas partes del Programa estaré bajo la supervisión de maestros, acompañantes, u otros adultos que no forman parte del personal de NatureBridge. Entiendo que la selección de estos adultos es la exclusiva responsabilidad de la escuela y no de NatureBridge.
- Entiendo que la intención de NatureBridge es que este documento tenga los efectos más amplios que permite la ley, y que si se encontrara que alguna parte de este documento es inválida por cualquier motivo, el resto del documento permanecerá en plena vigencia y será exigible.
- He leído con detenimiento y entiendo el documento en su totalidad, el cual firmo voluntariamente.

**Nombre del participante** \_\_\_\_\_

Al menos un padre (preferentemente padre y madre) o el tutor debe firmar a continuación si el estudiante es menor de 18 años para reflejar su entendimiento y acuerdo, en nombre propio y del estudiante, respecto de las definiciones, reconocimiento y asunción de riesgos, consentimiento para tratamiento médico, exoneración e indemnización, otras disposiciones y acuerdo.

_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del padre/madre o tutor	Fecha	Firma del padre/madre o tutor	Fecha