

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

Describa

¿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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**