

# Formulario de información médica y exención de responsabilidad del Programa de Outdoor Adventure Kids (OAK) 2024

**\*COMPLETAR Y ENTREGAR ANTES DEL 11 DE ENERO DE 2024 O LUEGO DE LA INSCRIPCIÓN\***

Nombre del niño o la niña: \_\_\_\_\_ Nombre de la sesión y fecha: \_\_\_\_\_

Edad y fecha de nacimiento del niño o la niña: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio físico (no una casilla de correo postal): \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora y número de póliza: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## A SER COMPLETADO POR EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL

Por favor, indique si el/la participante tiene alguna de las siguientes condiciones:

DDA/TDAH (ADD/ADHD)  Autismo  Sordera  Problemas cardíacos  Asma  Ceguera  Diabetes  Convulsiones

Otros: \_\_\_\_\_

Fecha de última aplicación de la vacuna contra el tétano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mencione cualquier restricción/limitación física o enfermedad preexistente que debamos conocer:

Mencione los medicamentos que toma el/la participante, en qué horarios los toma y para qué enfermedad:

Mencione las alergias que tiene el/la participante a alimentos, plantas, insectos o medicamentos y qué reacción le producen:

Describa cualquier comportamiento del niño o la niña que pueda perturbar el aprendizaje grupal y cuál es la mejor manera de abordarlo:

Describa cualquier problema mental o emocional que pueda tener el/la participante:

¿Cómo describiría la habilidad de natación de su hijo/a?  no es nadador/a  principiante  avanzado

¿Tiene alguna necesidad especial en la dieta que debamos tener en cuenta en relación con los refrigerios o las comidas?  alergias  vegetariano  vegano  alimentos kosher

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Autorizo a mi hijo/a para que participe en todas las actividades de la sesión y excursión. En caso de emergencia, por el presente solicito y autorizo a cualquier médico, hospital y proveedor de atención médica a proporcionar tratamiento médico de forma inmediata, independientemente de que se me contacte e informe o no.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Soy el tutor legal de \_\_\_\_\_, que es menor de 18 años y desea participar en el Programa Arboretum (*Arboretum Program*). A los fines de la participación de mi hijo/a en el programa, por la presente eximo y libero al Arboretum (*The Arboretum*), sus empleados, agentes, voluntarios y cesionarios (los "Eximidos") de toda responsabilidad, reclamo, demanda de reparación, indemnización por daños, acción legal, causa y perjuicio procesable de cualquier tipo, INCLUSO SI DERIVA DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXIMIDOS, en virtud de la ley o los principios de equidad como resultado de todas y cada una de las acciones u omisiones del Arboretum, sus empleados, agentes y voluntarios por daños o lesiones sufridos por mi hijo/a como consecuencia de su participación en el Programa de Campamento de Descubrimiento, tanto si dicha responsabilidad o reclamo deriva de una lesión producida en las instalaciones del Arboretum o en cualquier otro lugar. **INICIALES:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que el personal del Arboretum no está capacitado para administrar inyecciones/medicamentos o para realizar procedimientos médicos ni tiene la obligación de hacerlo, salvo en caso de una emergencia que ponga en peligro la vida. Comprendo que el Arboretum permitirá que los/las participantes con permiso parental se autoadministren medicamentos o inyecciones cuando dichos medicamentos o inyecciones sean recetados e indicados por un médico. Además, autorizo al personal del Arboretum a realizar exámenes y prestar la atención médica de urgencia o emergencia que consideren necesaria.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Entiendo que el Arboretum se reserva el derecho de rechazar o expulsar a un(a) campista por causas justas y razonables. Entiendo que en ese caso no se efectuará ningún reembolso, y se me pedirá que retire a mi hijo/a.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Entiendo que la participación en Outdoor Adventure Kids (OAK) está supeditada a la firma del presente Formulario de información médica y exención de responsabilidad del Outdoor Adventure Kids.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Brindo mi consentimiento y autorizo al Arboretum para que utilice fotografías de mi hijo/a con fines educativos y de relaciones públicas (sin que figure el nombre de mi hijo/a). Las fotografías estarán disponibles para los padres de los campistas que asistan a sesiones específicas. **INICIALES:** \_\_\_\_\_ Entiendo que el Arboretum de Carolina del Norte (*The North Carolina Arboretum*) seguirá las directrices aplicables a nivel estatal, local o federal en cuanto a distanciamiento social, limpieza/desinfección y uso de equipos de protección personal tanto para el personal del Arboretum como para los participantes en el programa. Por lo tanto, acepto que tanto yo como las personas de las que soy responsable acataremos todas las políticas y los procedimientos que el Arboretum considere necesarios, por ejemplo: mantener una distancia de dos metros con respecto al personal del Arboretum y los participantes que no pertenezcan a nuestro grupo/familia; usar mascarilla protectora; y lavarse las manos con frecuencia o utilizar desinfectante para manos. Entiendo que las políticas y los procedimientos del Arboretum pueden cambiar durante el transcurso de los eventos programados y que negarse a seguir las políticas y procedimientos del Arboretum puede derivar en la expulsión inmediata del programa.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_

Entregue o envíe el Formulario de información médica y exención de responsabilidad completo por correo a:

Attn. The North Carolina Arboretum: Rich Preyer, 100 Frederick Law Olmsted Way, Asheville, NC 28806

**\*TO BE COMPLETED AND SUBMITTED BY JANUARY 11, 2024 OR UPON REGISTRATION\***

Child's Name: \_\_\_\_\_ Session Name(s) & Date(s): \_\_\_\_\_

Child's Age and DOB: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Parent Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Physical Address (not a PO Box): \_\_\_\_\_

Insurance Company and Policy Number: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Physician's Name and Telephone: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**MUST BE COMPLETED BY PARENT OR LEGAL GUARDIAN**

Please check if the participant is subject to the following:

\_\_\_ ADD/ADHD \_\_\_ Autism \_\_\_ Deafness \_\_\_ Heart Trouble \_\_\_ Asthma \_\_\_ Blindness \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Seizures \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Date of Latest Tetanus Inoculation: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

List any physical restrictions/limitations or pre-existing medical conditions we should be aware of:

List any medication, when they are taken, and for what condition:

List allergies the participant has to any food, plants, insects or medications and the reaction to each:

Describe any behaviors the child may demonstrate that may be disruptive to group learning and the best ways to handle these behaviors:

Describe any mental or emotional challenges the child may deal with:

How would you describe the swimming ability of your child: \_\_\_ non-swimmer \_\_\_ beginner \_\_\_ advanced

Are there any dietary needs we should keep in mind in regard to any snacks or meals? \_\_\_ allergies \_\_\_vegetarian \_\_\_vegan \_\_\_ kosher foods

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ My child has my permission to participate in all session and field trip activities. In case of emergency, I hereby request and authorize any physician, hospital and health care provider to provide medical treatment promptly, whether or not I may be contacted and informed

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ I am the legal guardian of \_\_\_\_\_, who is under the age of 18 years and who wants to participate in the Arboretum Program. In consideration of my child's participation in the program, I hereby release and discharge The Arboretum its employees, agents, volunteers and assigns (the "Releasees") from any and all liability, claims, claims for relief, damages, actions, causes of action and actionable wrongs of any kind, EVEN IF ARISING FROM THE NEGLIGENCE OF THE RELEASEES, arising at law or in equity as a result of any and all actions and/or omissions of The Arboretum, its employees, agents, volunteers for damages or injuries occurring to my child arising out of my child's participation in the Outdoor Adventure Kids Program, whether such liability or claim arises from an injury occurring on the Arboretum's premises or elsewhere.

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ I understand that the Arboretum staff is not trained or required to administer injections or medications or to perform medical procedures except in the case of life threatening emergency. I understand that the Arboretum will allow participants with parental permission to self administer medication and/or injections where such medication and/or injection is physician ordered and directed. I further authorize The Arboretum staff to examine and render emergency or urgent medical care as they deem necessary.

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ I understand that the Arboretum reserves the right to refuse or dismiss a camper for just and reasonable cause. I understand that no refund will be issued in this case, and that I will be asked to pick up my child.

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ I understand that participation in the OAK Program is contingent on signing this 2024 OAK Medical and Liability Release Form.

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ I consent and authorize the Arboretum to use my child's photograph for educational and public relations purposes (will not contain your child's name). Photos will be available to parents of campers attending specific sessions.

**INITIALS:** \_\_\_\_\_ I understand that The North Carolina Arboretum will be following appropriate guidance from state, local and/or federal sources regarding social distancing, cleaning/disinfecting and use of personal protective equipment for both Arboretum staff and program participants. As such, I agree that I and those for whom I have responsibility will abide by all policies and procedures the Arboretum deems necessary including, but not limited to, such practices as: maintaining six feet of distance from Arboretum staff and participants outside one's own household/ family unit; wearing a protective mask; and frequently washing hands and/or using hand sanitizer. I understand that Arboretum policies and procedures may change during the course of scheduled events and that refusal to follow Arboretum policies and procedures may result in immediate dismissal from the program.

Date: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Bring or Mail completed Medical and Liability Release Form to:

**The North Carolina Arboretum, Attn: Rich Preyer, 100 Frederick Law Olmsted Way, Asheville, NC 28806**