

# Formulario de información médica y exención de responsabilidad del Programa de Campamento de Descubrimiento (*Discovery Camp Program*) 2024

**\*COMPLETAR Y ENTREGAR ANTES DEL 24 DE MAYO 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 el Programa de Descubrimiento (*Discovery Program*) está supeditada a la firma del presente Formulario de información médica y exención de responsabilidad del Campamento de Descubrimiento 2024.

**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**