

Formulario de Permiso/Responsabilidad de Deep Portage

Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento ___/___/_____

Nombre de la escuela/grupo _____ Fechas del viaje _____

El participante es: Estudiante Padre/Madre/Tutor Maestro/a Otro _____

Asunción de Riesgo y Liberación de Responsabilidad

Como padre/tutor del niño/a mencionado/a en el programa juvenil del Centro de Aprendizaje Deep Portage, reconozco y soy consciente de que este programa conlleva ciertos riesgos inherentes, los cuales acepto. Estos riesgos pueden incluir (entre otros): lesiones físicas, lesiones emocionales, enfermedades transmitidas por garrapatas, parálisis, discapacidad permanente, enfermedad, muerte o daños a la propiedad debido a caminar por senderos irregulares en diversas condiciones climáticas, practicar piragüismo, escalada en roca, esquí de fondo, raquetas de nieve, transporte en vehículos a actividades, senderismo, juegos de campo, el clima y las acciones de otras personas. Tras la consulta médica pertinente, certifico que mi hijo/a es plenamente capaz de participar en las actividades. Entiendo que algunos riesgos simplemente no se pueden eliminar, a pesar del uso de equipo de seguridad, sin poner en peligro la calidad esencial de la actividad.

En caso de emergencia, autorizo el tratamiento y/o transporte por parte del personal de mi escuela, el personal de Deep Portage y el personal médico de emergencia. Autorizo que los medicamentos con y sin receta que se indican en la sección de información médica de este formulario sean administrados por el personal escolar designado. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los gastos médicos incurridos en nombre de mis dependientes o de mí mismo. Autorizo al proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios y autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros para mí y/o para mis dependientes.

En consecuencia, libero a Deep Portage Learning Center, incluyendo a todo su personal, agentes, afiliados, empleados y directores, de toda reclamación y responsabilidad con respecto a lesiones, enfermedades, pérdidas o daños sufridos por el niño antes mencionado. Esta exención se aplica a cualquier responsabilidad con mi patrimonio, de cualquier tipo, o con mi persona, ya sea derivada de negligencia común o de cualquier otra causa, e independientemente de que involucre honorarios y gastos de cualquier tipo. En caso de que otra persona o entidad solicite una indemnización por estas responsabilidades exoneradas, mi patrimonio o yo indemnizaremos y eximiremos de responsabilidad al grupo antes mencionado y a Deep Portage Learning Center por todas las sumas incurridas en respuesta a dicha reclamación. Esta exención se interpretará y aplicará conforme a la legislación de Minnesota.

Comunicado de prensa

Sí No ¿Da permiso para que se utilicen fotografías y/o vídeos de su hijo para el sitio web de Deep Portage, las redes sociales u otros materiales promocionales?

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor (impreso) _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Formulario de salud de Deep portage

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono residencial _____ Teléfono móvil _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del seguro médico _____ Número de póliza _____

Médica/o _____

Nombre de la clínica _____ Teléfono de la clínica _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SALUD ACTUAL

Asma: Enumere los desencadenantes: _____ ¿El niño lleva inhalador? Sí No

Diabetes: Describa: _____

Alergias: Lista: _____

¿El niño lleva epinefrina? Sí No

Trastorno hemorrágico: Describa: _____

Convulsiones: Enumere los medicamentos y cuándo se utilizan _____

Estado de los músculos, huesos y articulaciones: Describa: _____

Restricciones de actividad: Describa: _____

Enfermedad del corazón: Describa: _____

Problemas de sueño: enuresis somnambulismo otro: _____

Otro: Describa. Utilice una hoja adicional si es necesario _____

fecha de la última vacuna contra el tétanos _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor, enumere todos los medicamentos con y sin receta que su hijo/a tomará en Deep Portage. Incluya inhaladores, nebulizadores, medicamentos para el TDAH, Tylenol, etc. Use una hoja adicional si es necesario. Todos los medicamentos con receta deben estar en un frasco con la etiqueta de la farmacia vigente.

Medicamento #1:

Nombre del medicamento: _____ Razón dada: _____

Dosis: _____ Tiempo dado: _____

Nombre del médico que prescribe el medicamento _____ Teléfono _____

Medicamento #2:

Nombre del medicamento: _____ Razón dada: _____

Dosis: _____ Tiempo dado: _____

Nombre del médico que prescribe el medicamento _____ Teléfono _____

Medicamento #3:

Nombre del medicamento: _____ Razón dada: _____

Dosis: _____ Tiempo dado: _____

Nombre del médico que prescribe el medicamento _____ Teléfono _____

Nota: Si su escuela o grupo tiene un formulario diferente que recopila **toda la información** de salud en esta página (página 2), puede sustituirlo por el formulario de su escuela y adjuntarlo a la Página 1 (el formulario de responsabilidad).