

**Formulario Médico**  
**Alliance Redwoods Conference Grounds**

**Favor de llenar ambos lados y firmar las areas negras al dorso de este formulario**

Grupo \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio Fecha de Finalizar \_\_\_\_\_

**Menor**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Padre Principal o Responsable Legal**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección(casa) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Postal \_\_\_\_\_

Teléfono(casa) \_\_\_\_\_ Teléfono(trabajo) \_\_\_\_\_

Empleo, Profesión \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

**Persona de contacto al no poder localizar la persona mencionado arriba**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección(casa) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Postal \_\_\_\_\_

Teléfono(casa) \_\_\_\_\_ Teléfono(trabajo) \_\_\_\_\_

Empleo, Profesión \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

**Proveedor de Salud**

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Médico o Clínica \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Dental \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Dentista u Ortopédico Dental \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

**Historia de Salud:** Fecha de ultima vacuna contra el tétano-- / /

**Favor de indicar si hay alguna condición que aplica:**

Diabético \_\_\_\_\_ Dolor de Cabeza \_\_\_\_\_ Condición Coronaria \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_ Derrame Nasal \_\_\_\_\_ Otro(s) \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_ Desmayarse \_\_\_\_\_

Otras dificultades Médicas:

Alergias: Comida \_\_\_\_\_ Insectos \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_

Nombre e indicaciones de cualquier medicina que debe tomarse: \_\_\_\_\_

Medicinas recetadas o no que debe evitar: \_\_\_\_\_

Limitaciones Físicas \_\_\_\_\_

Actividades prohibidas \_\_\_\_\_

## Permiso Médico y Absolución de Responsabilidad

Asegúrese haber leído y entendido este documento antes de firmarlo y poner la fecha en las casillas negras de abajo.

- Doy permiso a ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS Health Care Staff atender a, arreglar transporte para, y administrar medicinas no recetadas al menor indicado, dentro de la capacidad autorizada del personal, y considerado benéfico para la salud y bienestar del menor indicado. También doy permiso a ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS Health Care Staff (ARCG HCS) a recoger toda medicina recetada y no recetada y luego será administrada solamente por ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS Health Care Staff bajo todas las indicaciones medicas de la receta y/o cuando fuere necesario. Ninguna medicina vencida será aceptada o administrada.

-En el caso de no poder localizarme por teléfono al enfrentar una lesión o enfermedad del menor indicado, aquí doy, como padre /responsable legal mi permiso al doctor seleccionado por ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS, a hospitalizar, buscar y procurar los datos médicos necesarios y lograr el tratamiento apropiado, incluyendo pero no limitado a inyecciones, anestesia, exámenes, radiología, o cirugía. La cobertura del seguro médico de ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS será complementaria a la póliza suya, y disponible solo cuando se haya agotado los limites del seguro suyo o en caso de que no tenga seguro.

- Entiendo que al firmar este formulario estoy otorgando un Permiso Médico y Absolución de Responsabilidad a ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS para el menor indicado en la primera hoja. Reconozco que durante su estadía en las actividades del campamento que existen ciertos riesgos, sean conocidos o desconocidos en este momento, que pudieran resultar en lesiones físicas o enfermedades. Al firmar este documento de Absolución de Responsabilidad, asumo total responsabilidad para mitigar dado caso, y doy mi permiso para que participe el menor nombrado en todas las actividades relacionadas, a menos que sea específicamente indicada en este formulario. Estos permisos para ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS tendrán vigencia solo para las actividades del campamento indicado, y solo mientras el menor está dentro de las instalaciones de ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS y/o bajo la supervisión directa de los empleados de ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS.

-Juro aceptar, en caso de cualesquiera disputa entre mi persona como invitado o como padre/responsable legal de, o a favor de, el menor indicado, la decisión arbitraria de una organización contratada para este propósito, en vez de proceder con acción judicial en una corte de la ley. También juro como padre/responsable legal, absolver y no inculpar a ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS, una Corporación no Lucrativa, su Junta Directiva, Administradores, agentes, y empleados de cualesquiera responsabilidad por daños, pérdidas, lesiones o enfermedades a: mi persona, mi propiedad, o el menor nombrado.

- El incumplimiento con las normas declaradas e instrucciones, escritas u orales, pueda resultar en acción disciplinaria que pudiera llegar a la expulsión del menor nombrado de dichas instalaciones. Cualquier persona que fuera expulsada perderá su cuota ya pagada y será responsable por cualquier cantidad pendiente.

- Doy permiso a ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS para usar cualquier foto tomada del menor nombrado durante su estancia en las instalaciones solo para fines publicitarias.

Favor de Firmar aquí

Padre/Responsable Legal: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Favor de indicar una de las opciones y firmar abajo:

- Transportaré al menor indicado a y de ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS
- La persona/organización aquí indicada tiene permiso para recibir y transportar al menor indicado del cuidado y las instalaciones de ALLIANCE REDWOODS CONFERENCE GROUNDS al concluir las actividades del campamento indicado.

Favor de poner el nombre de la persona/organización: \_\_\_\_\_

Favor de firmar aquí:

Padre/Responsable Legal: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Formulario para Entrega de Medicamentos

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Cabaña \_\_\_\_\_

Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de medicina	Según se necesite	A diario	Dosis/hora
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Este formulario tiene que ir incluido en la bolsa de plástico con la medicina.

Coloque la medicina de su estudiante, en el frasco original, (o para medicinas no recetadas, en la caja original con su etiqueta) dentro de una bolsa de plástico *Ziploc* junto con este formulario.

La bolsa *Ziploc* debe ir marcada con el nombre del estudiante y de la escuela. No se aceptará ni se administrará ninguna medicina/pastilla suelta. Gracias.

---

Formulario para Entrega de Medicamentos

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Cabaña \_\_\_\_\_

Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de medicina	Según se necesite	A diario	Dosis/hora
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Este formulario tiene que ir incluido en la bolsa de plástico con la medicina.

Coloque la medicina de su estudiante, en el frasco original, (o para medicinas no recetadas, en la caja original con su etiqueta) dentro de una bolsa de plástico *Ziploc* junto con este formulario.

La bolsa *Ziploc* debe ir marcada con el nombre del estudiante y de la escuela. No se aceptará ni se administrará ninguna medicina/pastilla suelta. Gracias.