



FORMULARIO PARA CAMPING SOBRE SALUD, CONSENTIMIENTO, Y DESCARGO LEGAL PARA BEBÉS/NIÑOS PEQUEÑOS

FOR AREA DIRECTORS	
Area #	_____
Area Name	_____
Trip Leader/Area Dir.	_____
Camp Dates	_____

La información en este documento está protegida por las leyes HIPAA sobre privacidad. **Este formulario es válido únicamente para viajar a y desde este campamento específico, y para asistir al mismo; no puede ser usado para ningún otro viaje de camping. Se debe completar un formulario nuevo para cada experiencia de Young Life Camp.**

Nota al Padre/Tutor Legal/Huésped: Young Life quiere que la experiencia del campamento sea segura, sana y saludable. Sin embargo, en caso de cualquier accidente o enfermedad, es importante que tengamos la siguiente información:

1. Historial médico
2. Información sobre seguro médico; y
3. Prueba de examen físico (dentro de los últimos 12 meses) verificado por la firma del médico; se recomienda para todos los campamentos (se requiere la firma del médico para campamentos en CON o MN). Se requiere el descargo del médico para todo bebé, a 6-12 meses antes de la fecha del campamento.
4. Bebés menores de 6 semanas en la fecha del campamento no pueden asistir a ningún campamento.
5. Bebés menores de 12 semanas no pueden asistir a Washington Family Ranch, Malibu Club, Beyond Malibu, Wilderness Ranch, o campamentos remotos..

Por favor saque una copia de este documento para sus expedientes. No podemos enviar copias por correo o por fax.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____ Edad _____
Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre

Padre/Madre de Familia o Guardián Legal (o cónyugue) _____ Teléfono Celular (____) _____

Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar (____) _____
Dirección de la Calle Ciudad Provincia/Estado Código Postal

Dirección del Negoci _____ Número de Teléfono (____) _____
Dirección de la Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Número de Contacto de Emergencia del Segundo Padre/Madre de Familia o Guardián Legal _____

Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar (____) _____
Dirección de la Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Dirección del Negocio _____ Teléfono del Hogar (____) _____
Dirección de la Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

Si esta persona no está disponible en caso de emergencia, por favor avisar a: Nombre _____

Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar (____) _____
Dirección de la Calle Ciudad Estado/Provincia Código Postal

REQUERIDO	<p>COBERTURA DE ACCIDENTES</p> <p>Tengo entendido que mi seguro personal será la cobertura primaria para accidentes del acampador y que el seguro de Young Life es secundaria hasta un máximo de \$20,000 (\$4,000 para reclamaciones dentales). Excepción: En caso que la reclamación total sea por menos de \$250, Young Life pagará el monto completo. Para reclamaciones superiores a \$250, Young Life coordinará los pagos para deducibles y co-pagos. La póliza de Young Life no cubre enfermedades del acampador. En caso de cualquier pregunta, favor comuníquese con Young Life Benefits and Insurance al (719) 381-1950.</p>	REQUERIDO
	<p><input type="checkbox"/> Mi compañía de seguros _____ Número de Póliza _____</p> <p>Dirección de la compañía de seguros/dirección en el web _____</p>	
	<p><input type="checkbox"/> No está asegurado actualmente - Young Life se reserva el derecho a la subrogación en caso que se determine posteriormente que existía un seguro médico personal.</p>	

Recomendaciones para Cuidado de Salud: se recomienda que una verificación firmada conste en el expediente a la hora de registro, para que un bebé/niño pequeño asista a cualquier campamento (la verificación del médico se requiere para campamentos en CO y MN). Se requiere el descargo del médico para todo bebe 6-12 semanas antes de la fecha del campamento. Bebés menores de 6 semanas de edad en la fecha del campamento no pueden asistir a ningún campamento. Bebés menores de 12 semanas de edad en la fecha del campamento no pueden participar en los campamentos remotos que se indican arriba.

He examinado al solicitante dentro de los últimos 12 meses. Fecha del examen: _____
 En mi opinión, la condición del solicitante sí no impide su participación en un programa activo de campamento.

Firma del Médico Licenciado _____ Fecha _____ Nombre en Letra de Molde _____

Dirección _____ Teléfono (____) _____
Domicilio Ciudad Estado/Provincia Código Zip

Fecha se completó el formulario _____ *Por _____ (*Iniciales, en caso que fue completado por enfermero/a o auxiliar médico)

◀ FIRMA DEL MEDICO EN CASO DE SER NECESARIO

Estatura _____ Peso _____ Presión Arterial _____

El solicitante está bajo el cuidado de un médico por la(s) siguiente(s) condición(es) _____

Tratamiento actual (incluir medicamentos actuales) _____

Explicación de cualesquier pérdida de conocimiento, convulsiones, o conmoción cerebral que se haya reportado _____

Recomendaciones y Restricciones Mientras Está en el Campamento

Cualquier tratamiento a ser continuado en el campamento _____

Cualquier medicamento a ser administrado en el campamento (dosis específicas) _____

Cualquier plan de comidas medicamente recetado, o restricciones dietéticas _____

Información adicional sobre la salud/actividades a ser limitadas _____

INMUNIZACIONES		HISTORIAL DE SALUD	
<p>* En caso de completar este formulario para un acampador/miembro del equipo de trabajo que asista a un campamento en el estado de Colorado (Crooked Creek Ranch, Frontier Ranch, RMR Backcountry, Wilderness Ranch) y el participante haya sido inmunizado, se debe adjuntar un certificado estatal de inmunización a este formulario, y el mismo debe ser presentado en el campamento. Alternativamente, se deberá adjuntar una carta de exención por motivos religiosos.</p>			
<input type="checkbox"/> Marque e indique la fecha de cualquier inmunización que el solicitante haya recibido, o: <input type="checkbox"/> El solicitante no ha sido inmunizado: por razones <input type="checkbox"/> médicas <input type="checkbox"/> personales <input type="checkbox"/> o religiosas.		Marque si el solicitante tiene: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno de Sangrado/Coagulación <input type="checkbox"/> Convulsiones en los últimos 60 días <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído <input type="checkbox"/> Enfermedad/Defecto del Corazón <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Célula Falciforme	
<input type="checkbox"/> DTaP (Difteria, Tétano, y Tos Ferina) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> TD (Tétano y Difteria) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Polio (OPV o IPV) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Varicela Fecha: _____ <input type="checkbox"/> HIB (Haemophilus influenza B) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Otro Fecha: _____		El solicitante ha tenido: (incluir fecha): <input type="checkbox"/> Varicela _____ <input type="checkbox"/> Sarampión _____ <input type="checkbox"/> Rubeola _____ <input type="checkbox"/> Paperas _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis C _____ <input type="checkbox"/> Mononucleosis _____	
		<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada Fecha de Parto: _____ <input type="checkbox"/> Dio a luz en las 12 semanas Fecha de Parte: _____	
ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS (Indicar cualesquier alergias a comida, medicamentos, plantas, insectos, u otros)			
<p><i>Nota – Esta información será compartida con el personal correspondiente.</i></p> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alergia a mariscos <input type="checkbox"/> No come puerco <input type="checkbox"/> Alergia a cacahuates/maní <input type="checkbox"/> Alergia a soya <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Alergia a nueces de arboles <input type="checkbox"/> Alergia a leche <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Alergia a huevos <input type="checkbox"/> Intolerancia a lactosa <input type="checkbox"/> Otras alergias (medicamentos, insectos, plantas, comidas, etc.) o Restricciones Dietéticas – <input type="checkbox"/> Alergia a pescado <input type="checkbox"/> Intolerancia a gluten Describir a continuación: <input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca			

Operaciones o heridas graves (fechas) _____

Enfermedad o condición médica crónica o recurrente _____

Medicamentos actuales (proveer instrucciones) _____

Otras enfermedades _____

Nombre y teléfono del médico de familia _____

Nombre y teléfono del dentista/ortodoncista _____

Consideraciones especiales de salud y comportamiento _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Este historial de salud es correcto, según mi mejor entendimiento, y la persona nombrada en la presente tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, con excepción de lo notado. Mediante la presente, otorgo mi permiso al personal médico seleccionado por el director del compañía para pedir rayos-x, exámenes de rutina, y tratamiento; para mantener y/o divulgar cualesquier registros médicos necesarios para propósitos de seguros, en conformidad con lo indicado bajo los reglamentos de HIPAA*; y para proveer o concertar cualquier transporte relacionado para mi o mi niño. En caso de emergencia, mediante la presente otorgo permiso y autorizo al médico seleccionado por Young Life a obtener o administrar tratamiento médico de emergencia, incluyendo hospitalización y otros procedimientos médicos de emergencia que podrían ser necesarios para la persona nombrada en la presente. Mediante la presente, autorizo al médico o al dentista a llamar a cualquier consultor necesario, conforme a su discreción. Se tiene entendido que este consentimiento se otorga por adelantado de cualquier diagnóstico o tratamiento específico que sea requerido, y se entrega para animar a aquellas personas que tienen custodia temporal del menor de edad, y al mencionado médico o dentista a ejercer sus mejor juicio con respecto a los requerimientos de dicho diagnóstico o tratamiento médico, dental, o quirúrgico. Adicionalmente, autorizo al acampador a llevar medicamentos de emergencia consigo y usarlos conforme a lo dirigido.

Firma del padre o tutor legal o acampador/personal adulto _____ Fecha _____

Acuerdo en tener plena responsabilidad legal y otra por el pago de cualesquier cargos de hospital, médico, ambulancia, dental, o médicas, con excepción de la Cobertura de Accidentes, en conformidad con la presente. Por otra parte acuerdo que al otorgar este permiso y autorización, Young Life no asume ninguna responsabilidad legal u otra por el pago de cualesquiera de los mencionados cargos de hospital, médicos, de ambulancia, dentales, u otros gastos médicos que se podrán incurrir. Los formularios completados podrán ser fotocopiados y mantenidos por personal autorizado para viajes fuera del compañía.

Firma del padre o tutor legal o acampador/personal adulto _____ Fecha _____

El acampador puede llevar medicamentos de emergencia y usarlos en conformidad con lo recetado. Padre/Tutor legal _____ Fecha _____

Reconocimiento de Riesgos Inherentes

Estoy consciente de que, y entiendo que existen riesgos inherentes asociados como muchas actividades realizadas en los campamentos. Asumiré el riesgo asociado con los campamentos, ya sean conocidos o desconocidos para mí en este momento. Reconozco que cuando yo asista al campamento de YOUNG LIFE esto se considera un privilegio y como consideración a este privilegio, yo libero a YOUNG LIFE, incluyendo a sus empleados, agentes y miembros de su consejo, de cualquier responsabilidad por lesiones accidentales físicas que yo sufra, incluyendo muerte o enfermedad o pérdida de propiedad privada mientras esté en el campamento o durante el viaje de ida y venida dado por YoungLife. Este reconocimiento de responsabilidades también incluye todos los reclamos hechos por mi familia, estado, herederos, representantes personales o personas asignadas.

Firma de padre/madre de familia/guardián legal o participante adulto _____ Fecha _____

BAJO LA LEY DE COLORADO, UN PROFESIONAL EQUINO NO ES RESPONSABLE POR CUALQUIER LESIÓN O MUERTE DE ALGÚN PARTICIPANTE EN ACTIVIDADES ECUESTRES QUE RESULTEN DE RIESGOS INHERENTES DE ACTIVIDADES ECUESTRES, DE ACUERDO A LA SECCIÓN 13-21-119, ESTATUTOS OFICIALES DE COLORADO.

BAJO LAS LEYES DE ARIZONA, UN PERMISO FIRMADO RECONOCE QUE LA PERSONA ES CONSCIENTE DE LOS RIESGOS INHERENTES ASOCIADOS CON ACTIVIDADES ECUESTRES, ESTÁ DISPUESTO Y CAPAZ PARA ACEPTAR LAS RESPONSABILIDADES COMPLETAS PARA SU PROPIA SEGURIDAD PÚBLICA Y BIENESTAR Y REVELA EL DUEÑO O AGENTE EQUINO DE LA RESPONSABILIDAD A MENOS QUE EL DUEÑO EQUINO O AGENTE ES GRAVEMENTE NEGLIGENTE O COMETA ACTOS INTENCIONADOS, INJUSTIFICADO O INTENCIONALES U OMISIONES.

EN CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL CÓDIGO DE VIRGINIA §3.2-6202, LA PERSONA QUE SUSCRIBE RECONOCE Y TIENE ENTENDIDO QUE PUEDEN HABER RIESGOS INHERENTES PARA LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE EQUITACIÓN, DEBIDO A LA NATURALEZA IMPREVISIBLE DE LAS REACCIONES DE LOS EQUINOS A SU ENTORNO. DICHS RIESGOS PUEDEN INCLUIR HERIDAS A LA PERSONA, DAÑOS, E INCLUSIVE MUERTE. LA PERSONA QUE SUSCRIBE EXONERA AL PROPIETARIO EQUINO DE TODA Y CUALESQUIER RESPONSABILIDAD QUE PODRIA RESULTAR DE ESTA ACTIVIDAD.

Renuncia y Permiso

Si soy menor de 18 años, mis padres o guardián legal, al firmar a continuación, también reconocen mi renuncia sobre reconocimiento de riesgos inherentes y acuerdan que esta renuncia de responsabilidad para YoungLife está autorizada por mis padres o guardián con respecto a mí, mi estado, mis herederos, representantes personales y personas asignadas. Mis padres de familia o guardianes también prometen al firmar aquí, defender, indemnizar y no acusar a YoungLife por cualquier reclamo que yo presente en contra de Young Life, incluyendo sus agentes, empleados y miembros, en caso de que yo actúe contra este reconocimiento después de convertirme en adulto.

Permiso de Fotografía

Doy permiso a Young Life de usar, reproducir y/o distribuir fotografías, películas, cassettes de video y grabaciones de sonido de mi hijo(a), sin esperar remuneración económica o derechos de aprobación, para usar en materiales creados para propósitos de promover las actividades de Young Life.

Firma de padre/madre de familia/guardián legal o participante adulto _____ Fecha _____

También entiendo y estoy de acuerdo en seguir las restricciones de las actividades de mi campamento como se han explicado antes.

Firma del menor o participante adulto _____ Fecha _____

(Si el participante ha sido emancipado, favor de traer pruebas antes de ir al campamento.)

◀ Firme aquí

◀ Firme aquí

◀ Firme aquí

◀ Firme aquí

◀ Firme aquí