



# FORMULARIO DE PERMISO Y CONSENTIMIENTO DE SALUD

FOR AREA DIRECTORS	
Area #	_____
Area Name	_____
Trip Leader/Area Dir	_____
Camp Dates	_____
<input type="checkbox"/> Camper <input type="checkbox"/> Leader <input type="checkbox"/> Assigned Team	
<input type="checkbox"/> Summer Staff <input type="checkbox"/> Work Crew <input type="checkbox"/> Adult Guest	

Toda información en este documento está protegida por las leyes de privacidad HIPPA y debe ser manejada debidamente.

**Nota para Padres de Familia/Guardián Legal/Invitado:** Acá en Young Life deseamos que asistir a los campamentos sea una experiencia segura y saludable. Sin embargo, en caso de que ocurra un accidente o enfermedad, es importante que tengamos la siguiente información:

1. Historial Médico;
2. Información de Seguro Médico; y
3. Prueba de examen físico, verificado por medio de la firma del doctor, esto lo requerimos para TODAS LAS adolescencias que atienden Beyond Malibu o campos situados en el Colorado o Minnesota (Crooked Creek, Frontier Ranch, Trail West, Wilderness Ranch, Rocky Creek Ranch or Castaway).
4. Adolescentes embarazadas y posteriores a la entrega: Adolescentes embarazadas hasta las 34 semanas y las madres adolescentes de 6 a 12 semanas después de la entrega en la fecha del campamento deben tener el permiso de un médico. Las mamás adolescentes de menos de 6 semanas después de la entrega en la fecha del campamento no pueden atender al campamento. Las adolescentes embarazadas de más de 34 semanas a término no se les permiten participar en el campamento. Las adolescentes embarazadas de más de 30 semanas no podrán atender a Washington Family Ranch, Beyond Malibu, Wilderness Ranch, o campamentos remotos de alquiler

**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 \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela a la Cual Asiste el Acampador \_\_\_\_\_

### COBERTURA DE ACCIDENTES

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) 867-3600.

Mi compañía de seguros \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros/dirección en el web \_\_\_\_\_

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.

La solicitante se encuentra bajo el cuidado de un médico por las siguientes condiciones médicas \_\_\_\_\_

Algún medicamento o tipo de tratamiento que deba tomar mientras esté en el campamento (dosis específica por favor) \_\_\_\_\_

Enfermedad crónica o recurrente o condición médica (incluyendo las condiciones de comportamiento), las operaciones o lesiones graves (las fechas) \_\_\_\_\_

**Recomendaciones de Cuidado de Salud:** Esta sección debe ser completada por el médico, enfermero/a practicante (nurse practitioner), o asistente del médico para toda persona que asista a Beyond Malibu; toda persona que asista a campamentos ubicados en CO o MN; o para un adolescente que esté asistiendo a un campamento Young Life que esté embarazada y que haya dado a luz dentro de 12 semanas de la fecha del campamento. El padre o solicitante adulto debe completar esta sección si las condiciones a continuación son aplicables.

4. ¿El solicitante ha sido diagnosticado con una condición médica o enfermedad de la sangre, respiratoria, metabólica, o de otro sistema, como por ejemplo enfermedad de células falciformes, COPD/enfisema, etc. que podrían limitar la participación en campamentos a una altitud de 7-14,000 pies?  Sí  No  
En caso afirmativo, favor explicar la condición y los tratamientos anticipados: \_\_\_\_\_

5. ¿El solicitante tiene cualquier condición médica adicional, incluyendo las que fueron indicadas arriba en #1, que podrían limitar su participación en un programa activo de campamento, independientemente de la elevación?  Sí  No  
En caso afirmativo, favor explicar la condición y los tratamientos anticipados: \_\_\_\_\_

6. ¿El solicitante está autorizado para llevar un inhalador, un epi-pen, y otros medicamentos consigo en todo momento?  Sí  No

**FIRMA DEL MÉDICO (CO, MN, Beyond Malibu, adolescentes embarazadas/post-parto) (Se debe obtener el mismo año calendario que el viaje de camping.)**

He examinado al solicitante dentro de los últimos 12 meses. Fecha de examen \_\_\_\_\_ Estructura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Presión Arterial \_\_\_\_\_

Firma del Médico Licenciado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en Letra de Molde \_\_\_\_\_

Explique cualquier caso en que la persona ha perdido la consciencia, ha convulsionado o sufrido de conmociones cerebrales (lesiones o golpes en la cabeza)

Información Médica adicional/Actividades que se deben limitar \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad la cual los padres de familia/guardián legal prefieren que la solicitante no participe? (Campamentos en Colorado y Arizona practican actividades fuertes a elevaciones desde los 7-14,000 pies) \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor de Cabecera (si atendiendo a un campamento fuera de CO & MN) \_\_\_\_\_

Nombre del dentista/ortodontista \_\_\_\_\_

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, Rocky Creek 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>			
<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.</p>		<p>Marque si el solicitante tiene:</p> <p><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/Convulsiones <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"/> Condición neurológica</p>	
<p><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: _____</p>		<p>El solicitante ha tenido: (incluir fecha):</p> <p><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 _____</p>	
		<p><input type="checkbox"/> Actualmente embarazada Fecha de Parto: _____ <input type="checkbox"/> Dio a luz en las 12 semanas Fecha de Parte: _____</p>	

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>		
<p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alergia a cacahuates/maní <input type="checkbox"/> Alergia a nueces de arboles <input type="checkbox"/> Alergia a huevos <input type="checkbox"/> Alergia a pescado</p>	<p><input type="checkbox"/> Alergia a mariscos <input type="checkbox"/> Alergia a soya <input type="checkbox"/> Alergia a leche <input type="checkbox"/> Intolerancia a lactosa <input type="checkbox"/> Intolerancia a gluten <input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca</p>	<p><input type="checkbox"/> No come puerco <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Otras alergias (medicamentos, insectos, plantas, comidas, etc.) o Restricciones Dietéticas – Describir a continuación:</p>

ARRGLOS PARA CUSTODIA PROTECTORA	
<p>¿Existe una orden judicial vigente indicando a determinadas personas que están o no están autorizadas a recoger a su niño del campamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>En caso afirmativo, las siguientes personas tienen permiso para recoger a mi niño del campamento. _____</p>	
<p>En caso afirmativo, las siguientes personas NO tienen permiso para recoger a mi niño del campamento _____</p>	
<p>Firma del padre/tutor legal: <u>X</u> _____</p>	<p>Fecha _____</p>

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO	
<p>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.</p>	
<p>Firma del padre o tutor legal o acampador/personal adulto _____</p>	<p>Fecha _____</p>
<p>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.</p>	
<p>Firma del padre o tutor legal o acampador/personal adulto _____</p>	<p>Fecha _____</p>
<p>El acampador puede llevar medicamentos de emergencia y usarlos en conformidad con lo recetado. Padre/Tutor legal _____ Fecha _____</p>	

Reconocimiento de Riesgos Inherentes	
<p>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 mi 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.</p>	
<p>Firma de padre/madre de familia/guardián legal o participante adulto _____</p>	<p>Fecha _____</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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 PODRÍA RESULTAR DE ESTA ACTIVIDAD.</p>	
<p><b>Renuncia y Permiso</b> 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 mi, 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.</p>	
<p><b>Permiso de Fotografía</b> 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.</p>	
<p>Firma de padre/madre de familia/guardián legal o participante adulto _____</p>	<p>Fecha _____</p>

Firme aquí

Firme aquí

Firme aquí

◀ Firme  
aquí

◀ Firme  
aquí