

## Liderazgo de Juventud: Información y Divulgación de los Participantes

**Que la forma sea rellena por:** Adulto responsable (Padre/tutor si el participante es menor de 18) o por el participante si es (18 o mayor). Al proporcionar esta información médica confidencial, usted está dando su consentimiento al NCI proporcionándole al equipo de trabajo y a los proveedores médicos de emergencia o a los que responden primero, quienes pueden tener una necesidad razonable de conocer la información para proporcionar a su hijo/hija un alojamiento y/o asistencia médica de emergencia.

**INFORMACIÓN DEL APLICANTE:** Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de día o número de celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idiomas hablados en casa: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Identidad de género actualmente: \_\_\_\_\_ Sexo asignado al nacer: \_\_\_\_\_ Está cubierto/a por seguro médico? \_\_\_\_\_ ¿Si sí, con quién? \_\_\_\_\_ # de póliza \_\_\_\_\_ Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Adulto Responsable (Padre/guardián e información de contactos de emergencia:

Contacto#1: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono de noche: \_\_\_\_\_ Idiomas hablados en casa: \_\_\_\_\_  
Contacto#2: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono de noche: \_\_\_\_\_ Idiomas hablados en casa: \_\_\_\_\_

### **NIVEL DE ACTIVIDAD:**

*El NCI ofrece una multitud de oportunidades de educación y servicios ambientales. La mayoría de los programas del NCI están al aire libre y muchos son física y mentalmente desafiantes. **Necesitamos su ayuda para encontrar el mejor nivel de actividad para usted o su hijo.** Hacemos todos los esfuerzos razonables para acomodar a los participantes, sin embargo, es su responsabilidad confirmar que su hijo está médicamente en condiciones de participar y pedirle que consulte con su médico de familia si tiene cualquier inquietud con respecto a la capacidad de su hijo para participar en las actividades del programa. Por favor, responda a las siguientes preguntas.*

*Utilice el espacio a continuación para cualquier aclaración o información adicional que pueda ser apropiada.*

1. ¿En qué actividades atléticas participa regularmente? (IE: correr 3 millas al día): \_\_\_\_\_

2. Los programas del NCI pueden consistir en algunas o todas las siguientes actividades en algunas o todas las siguientes condiciones:

- ✓ Caminatas de un día que llevan hasta un paquete de 50 lb.
- ✓ Remando en canoa durante muchos días seguidos.
- ✓ Caminata por terrenos escarpados con herramientas o suministros pesados.
- ✓ Realización de proyectos de servicio que incluyen palas, herramientas oscilantes, flexiones, cuclillas y paseos en terreno irregular.
- ✓ Los solicitantes dormirán, caminarán y trabajarán al aire libre, posiblemente en condiciones frías, calientes, húmedas, lluviosas o de altitud más alta. ¿Es el solicitante capaz de participar en todas estas actividades? Sí  No  Si no, explique por favor.: \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS DE SALUD GENERALES:**

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_

Verifique si el solicitante ha tenido alguna de las siguientes condiciones en los últimos 2 años:

1.  Enfermedad/afección crónica
2.  Hospitalizado por cualquier motivo
3.  Huesos rotos
4.  Problemas con las articulaciones (por ejemplo, esguinces)
5.  Dolores de cabeza / migrañas fuertes
6.  Lesión en la cabeza
7.  Dolor / problemas de espalda
8.  Infecciones frecuentes del oído
9.  Dolores torácicos
10.  Convulsiones o epilepsia
11.  Mareos o desmayos
12.  Estado del corazón
13.  Diabetes
14.  Hipoglucemia
15.  Hepatitis
16.  Condición infecciosa

Por favor, explique las casillas marcadas. (Agregue páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional sobre la salud física, emocional o mental del solicitante que NCI debe tener en cuenta (Agregue páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

Por favor, lista todas las alergias que tenga a los medicamentos, alimentos o el medio ambiente (picaduras de insectos, fiebre del heno, asma, etc.) Adjunte páginas adicionales si es necesario:

Alergia	última fecha de reacción	Calificación de gravedad (Baja, moderada, grave)	Descripción de reacción	Tratamiento	¿Tiene una receta médica para epinefrina?

¿Le ha picado una abeja al aplicante? **¿Sí**  **No**  **Si es sí, tuvieron alguna reacción?** Sí  **No**  Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

**Alimentación:** ¿El aplicante tiene alguna restricción dietética especial? (Vegetariano, sin gluten, sin lactosa o sensible, etc.) Sí  No  Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

**ASMA:**

¿El aplicante tiene asma? **Sí**  **No**  Si es sí, por favor complete la siguiente parte (agregue hojas adicionales, si es necesario)?

- ✓ ¿Cuándo fue diagnosticado con asma? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Qué causa o desencadena sus episodios de asma? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Cuáles son los síntomas cuando está teniendo un ataque de asma? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Cuándo fue su último ataque de asma? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Cada cuanto tiene ataques de asma? \_\_\_\_\_
- ✓ Si es el caso, ¿qué medicina requiere? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Cuándo fue la última vez que cambió su medicación o su dosis? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Qué descripción describe mejor la condición actual de su asma? ¿Estable, empeorando o mejorando?  
\_\_\_\_\_
- ✓ ¿Alguna vez, ha requerido tratamiento de emergencia o hospitalización debido a su asma?  Si es así, ¿cuándo y en qué circunstancias? \_\_\_\_\_

**\*Si tiene una receta médica para tratar su asma, debe traerla en su viaje. Si su receta es para un inhalador, debe traer dos inhaladores en su viaje.**

**Si el aplicante está tomando algún medicamento para tratar alergias, ADD, o Asma, complete un cuestionario de medicamentos (p4) para cada medicamento que tome. Por favor haga copias adicionales del formulario según sea necesario y adjúntelo a esta solicitud.**

## **Problemas De Aprendizaje o Salud Mental Diagnosticados:**

¿Tiene el solicitante una discapacidad mental o de aprendizaje diagnosticada (por ejemplo, TDA, TDAH, autismo, trastorno bipolar, etc.)?

Sí  No

En caso afirmativo, complete la siguiente sección (agregue hojas, si es necesario):

✓ ¿En qué año fue diagnosticado el solicitante? \_\_\_\_\_

✓ ¿Qué comportamientos condujeron al diagnóstico? \_\_\_\_\_

✓ Durante los últimos dos años, ¿ha tomado el solicitante algún medicamento para la afección?

✓ ¿La condición del solicitante interfiere con la escuela o el trabajo? Si es así, ¿cómo?

## **MEDICAMENTOS QUE SE ESTÁN TOMANDO:**

Por favor liste todos los medicamentos que el aplicante se está tomando rutinariamente. Por favor incluya todos los medicamentos de venta libre o sin receta médica. Para los medicamentos con receta médica, asegúrese que los medicamentos recetados le van a durar todo el programa.

¿Toma el aplicante medicamentos rutinariamente? Sí  No  En  Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

**Razón medica por tomar los medicamentos:**

Se requiere más información sobre todos los medicamentos que se toman rutinariamente. Para cada medicamento enumerado arriba, complete un cuestionario de medicamentos en la página 4. Por favor haga copias adicionales del formulario según sea necesario y adjúntelo a su solicitud.

¿Hay algún medicamento que el solicitante tome de manera rutinaria que esté planeando suspender (no tomar) durante el programa del NCI? Si hay algunos, por favor lístelos aquí:

¿Hay alguna información adicional que pueda ser útil para nosotros? (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

## **QUESTIONARIO MEDICO:**

Querido padre/tutor, o aplicante adulto,

Como una manera de servir mejor sus necesidades o las de su hijo/a, le pedimos, en consulta con su médico de familia, que complete el siguiente cuestionario con respecto a sus medicamentos y que nos lo devuelva. Este cuestionario será guardado en archivo, confidencialmente, con la otra información médica del miembro y será proporcionado al personal del NCI con una necesidad razonable de saber para proporcionar asistencia o respuesta médica de emergencia en el campo.

**Si usted o su hijo está tomando más de un medicamento, haga copias adicionales y complete un formulario separado para cada medicamento.**

- ✓ Si el participante tiene una receta médica para la **epinefrina**, debe traer dos dosis de Epinefrina en su viaje.
- ✓ Si el participante tiene una receta médica para un inhalador para **el asma**, debe traer dos inhaladores en su viaje.

Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_

1. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

2. Dosis: \_\_\_\_\_ A que hora lo toma: \_\_\_\_\_

3. Se usa para tratar: \_\_\_\_\_

4. ¿Por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? \_\_\_\_\_

5. Efectos secundarios comunes (es decir, boca seca, insomnio, pérdida de apetito, sensibilidad al sol): \_\_\_\_\_

6. Interacciones dañinas (es decir, no administre Advil/ibuprofeno mientras toma este medicamento):

\_\_\_\_\_

7. Este medicamento debe tomarse:  con alimentos  con agua  con el estómago vacío  otro (describir):

\_\_\_\_\_

8. Describa la apariencia física del medicamento (es decir, tableta blanca, 1/4 de pulgada de diámetro):

\_\_\_\_\_

9. Describa cualquier circunstancia o efecto secundario relacionado con este medicamento para el cual el personal del NCI debe llamar inmediatamente a su médico de familia o al personal médico de emergencia:

\_\_\_\_\_

10. Si su hijo/a no toma una dosis a la hora habitual, debe:

- tomar el medicamento a la siguiente hora programada
- tomar el medicamento inmediatamente
- tomar una dosis doble a la siguiente hora programada
- llame inmediatamente a nuestro médico de familia
- llame inmediatamente al personal médico de emergencia (911)
- Otro (describir): \_\_\_\_\_

## **Autorizaciones:**

La información proporcionada en este documento es correcta y completa hasta donde yo sé. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del programa, excepto como se indica. Doy permiso a NCI para que proporcione atención médica de rutina, administre medicamentos recetados, administre epinefrina en caso de anafilaxia y busque tratamiento médico de emergencia, incluyendo la prescripción de radiografías o pruebas críticas. En el caso de que no pueda ser contactado después de un esfuerzo razonable en una emergencia, doy permiso al proveedor médico licenciado o a la primera persona de emergencia seleccionada por el NCI para asegurar y administrar tratamiento, incluyendo hospitalización, para la persona mencionada arriba. Doy permiso a NCI para organizar el transporte necesario para mí/la persona mencionada arriba. Acepto la plena responsabilidad por los costos del tratamiento médico y/o transporte proporcionado a la persona mencionada anteriormente. También doy mi permiso al personal de NCI para proporcionar medicamentos de venta libre en caso de enfermedad menor en el caso de que no pueda ser contactado después de un esfuerzo razonable (es decir, Tylenol, Motrin, antiácidos, etc.). Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro necesario para propósitos de seguro.

Doy mi consentimiento para que NCI proporcione información médica confidencial al personal de NCI y a los proveedores médicos de emergencia con una necesidad razonable de conocer la información para proporcionar a la persona mencionada anteriormente un alojamiento y/o asistencia médica de emergencia. Este formulario completo puede ser fotocopiado para su uso fuera de la oficina por el personal de NCI.

Entiendo que la aceptación del participante en este programa depende de la finalización exacta de estos formularios y la aprobación de nuestro equipo de detección médica. Usted puede ser contactado si es necesario el seguimiento.

x \_\_\_\_\_

Firma del adulto responsable (padre o tutor) o participante adulto (18 años o más)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

x \_\_\_\_\_

Firma del participante (si es menor de 18)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## TOMA DE RIESGO Y ACUERDOS DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Entiendo que yo (o mi hijo) participaré en actividades proporcionadas por North Cascades Institute, una corporación sin fines de lucro de Washington, y sus directores, empleados, voluntarios, agentes, asociados y contratistas independientes (“NCI por sus siglas en inglés”). Se me ha descrito la actividad en la que yo (o mi hijo) participaré y el personal del NCI ha estado disponible para responder mis preguntas.

### **Reconozco que las actividades del NCI implican riesgos conocidos e inherentes, así como riesgos**

**desconocidos/imprevistos.** Los riesgos inherentes pueden incluir aquellos que normalmente están asociados con actividad física moderada a vigorosa en terrenos de gran altitud o en zonas silvestres. Las actividades pueden ocurrir en lugares remotos donde la comunicación puede ser difícil y la atención médica se retrasa significativamente. El viaje puede ser en canoa, kayak, lancha motora, automóvil, van, autobús o a pie, sobre terreno impredecible fuera del sendero, incluyendo campos de piedras grandes, madera caída, ríos, rápidos, cruces de ríos, pasos de montaña, nieve y hielo, caminos empinados, piedras resbaladizas, glaciares escarpados, mareas y corrientes oceánicas, olas y arrecifes. Las actividades pueden incluir senderismo, excursionismo, montañismo, piragüismo, kayak, cocinar con estufas y trabajar con herramientas afiladas. Entiendo que los viajes y las actividades al aire libre estarán sujetos a fuerzas impredecibles de la naturaleza (puede causar un retraso en la salida) incluyendo el tiempo extremo, caída de piedras, avalanchas, relámpagos, incendios forestales y terremotos, insectos, serpientes y animales salvajes, incluyendo depredadores cuyo comportamiento no puede ser predicho, todos los cuales pueden causar daño serio. Los participantes pueden estar expuestos a enfermedades infecciosas, virus contagiosos, agua contaminada; el equipo puede fallar o funcionar mal a pesar del mantenimiento y uso razonables; pueden ocurrir errores de juicio o negligencia, por instructores, co-participantes o yo mismo. Los riesgos, y peligros anteriores pueden dar lugar a una variedad de enfermedades y lesiones incluyendo, pero no limitado a, hipotermia, congelación, enfermedades de altura, ataques de calor, agotamiento por calor, deshidratación y sufrimiento de torceduras, fracturas, lesiones cerebrales traumáticas, inmersión en agua fría, ahogamiento y otros traumas, incluyendo enfermedad, infección, angustia mental, discapacidad, enfermedad, o incluso la muerte.

Estoy expresamente de acuerdo y prometo aceptar y asumir todos los riesgos existentes en la actividad del NCI para la cual estoy participando, incluyendo, pero no limitado a, los mencionados arriba. La participación en esta actividad es puramente voluntaria, y la participación es elegida a pesar de los riesgos. También renuncié voluntariamente a cualquier derecho a la recuperación, liberación, descarga para siempre y estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al NCI, sus directores, fideicomisarios, personal, empleados, voluntarios, agentes, asociados y contratistas independientes (“Partes en la liberación”) de cualquiera y todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones por lesiones corporales, enfermedades, y muerte, demandas o causas de acción que están en cualquier forma relacionadas con mi (o la de mi hijo) participación en esta actividad o el uso del equipo o instalaciones del NCI, incluyendo todas las reclamaciones que alegan actos u omisiones negligentes del NCI en la mayor medida permitida por la ley. **Aquí presente, acepté indemnizar al NCI y a todas las partes liberadas de cualquier reclamación que yo o mis herederos o sobrevivientes hagan por cualquier lesión o pérdida que yo (o mi hijo) pueda sufrir y que surja de cualquier manera fuera de la actividad. Además, indemnizo al NCI y a todas las partes liberadas de cualquier reclamación que pueda ser presentada por un co-participante que surja de cualquier manera de mi conducta (o la de mi hijo) o como resultado de mi participación (o la de mi hijo).**

Las siguientes disposiciones se aplican a todas las actividades del NCI, donde quiera que ocurran:

- **Yo (o mi hijo ) tengo en general buena salud y sin ninguna condición médica o física que pudiera interferir con la participación en la actividad del NCI o interferir con mi salud o seguridad (o la de mi hijo) o la seguridad de cualquier otro participante.** Certifico que tengo seguro para cubrir cualquier lesión o daño que yo (o mi hijo) pueda causar o sufrir mientras participó, de lo contrario, estoy de acuerdo en asumir los costos de dicha lesión o daño, incluyendo el costo de cualquier evacuación y atención médica. Doy mi consentimiento para que el NCI proporcione información confidencial sobre el cuidado de la salud al personal y/o al personal médico de emergencia con una necesidad razonable de conocer dicha información con el propósito de acomodarme o prestar ayuda a mí (o a mi hijo).
- Autorizo y doy mi consentimiento para que el NCI, el Servicio de Parques Nacionales (NPS), el Servicio Forestal (FS) o sus agentes, tomen fotografías, video, y audio de mi participación (o la de mi hijo) en sus programas, y al uso y publicación sin restricciones del nombre mio (o el de mi hijo) y de esas fotos, vídeos o audio para promover las actividades del NCI, NPS o FS. El mismo permiso de uso se aplica a cualquier foto, vídeo o audio proporcionado al NCI por mi hijo o yo.
- Estoy de acuerdo en que en el caso de que deba presentar una reclamación contra el NCI o cualquier parte liberada, dicha reclamación o demanda se presentará ante la Corte Superior del Estado de Washington, para el Condado de Skagit, y que la ley sustantiva de Washington (y no sólo las reglas de conflicto de leyes) en lugar de la ley de cualquier otro estado o jurisdicción se aplicará en cualquier acción legal que involucre la interpretación, validez y/o aplicabilidad de este acuerdo, y que cualquier acción legal resultante de mi participación en esta actividad sólo se interpondrá ante el citado Tribunal Superior.
- Reafirmo aquí e incorporo por esta referencia el consentimiento y la liberación del NCI Coronavirus/COVID-19.
- Acepto que, en caso de que alguna parte de este acuerdo se considere no válida o no aplicable, todas las demás partes de este acuerdo permanecerán en pleno vigor y surtirán efecto.

**Al firmar este documento, reconozco que he tenido la oportunidad suficiente de leer todo este documento y que lo he revisado de forma independiente. Reconozco que este documento es un contrato y no un simple recital y que permanecerá en vigor para todos los programas patrocinados por el NCI en los que participo. Lo he leído y entendido, y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. Cualquier forma de firma será tratada como un original, incluyendo todas las imágenes electrónicas o digitales, por fax o escaneadas, u otras formas de firma autorizadas por la ley.**

Firma del participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad del participante \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ (Marque aquí si tiene 18 años o más en la fecha que empezó la actividad)

Firma del tutor legal de parte del participante menor (Menor de 18) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

North Cascades Institute admite estudiantes y participantes de cualquier raza, color, origen nacional y étnico, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, Estado civil o militar, edad, discapacidad sensorial, física o mental o cualquier otra condición legalmente protegida de todos los derechos, privilegios, programas y actividades generalmente acordados o disponibles para los estudiantes y participantes en el Instituto. El Instituto no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil o militar, edad, discapacidad sensorial, física o mental, información genética o cualquier otra base prohibida por la ley en la administración de sus políticas educativas, políticas de admisión, programas de becas y préstamos, y otros programas administrados.