

Youth Leadership Adventures: 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 PARTICIPANTE

Fecha: _____

Apellido:		Fecha de nacimiento:	
Nombre y Segundo Nombre:		Idiomas hablados:	
Dirección de casa, Ciudad, Estado, y Código postal:		Está cubierto/a por seguro médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Si es así, con quién?
Número de teléfono:			# de póliza:
Correo electrónico:			número de teléfono:
Identidad de género:		Nombre del doctor:	
Sexo asignado al nacer:			número de teléfono:

Contacto de emergencia #1:

Nombre:	
Relación:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	
Idiomas hablados:	

Contacto de emergencia #2:

Nombre:	
Relación:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	
Idiomas hablados:	

NIVEL DE ACTIVIDAD:

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 le pedimos 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.

¿En qué actividades atléticas participa regularmente?

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 participante 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:**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/afección crónica | <input type="checkbox"/> Dolores torácicos | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizado por cualquier motivo | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> Condiciones digestivas (estreñimiento, reflujo ácido, úlceras, enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable) |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Anomalías menstruales |
| <input type="checkbox"/> Problemas con las articulaciones | <input type="checkbox"/> Estado del corazón | <input type="checkbox"/> Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas fuertes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Consumo de productos de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | |
| <input type="checkbox"/> Dolor / problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído | <input type="checkbox"/> 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 participante? **Sí** **No** Si es así, tuvieron alguna reacción? **Sí** **No**

Si es así, por favor describa:

RESTRICCIONES DIETÉTICAS:

¿El participante tiene alguna restricción dietética especial? (Vegetariano, sin gluten, sin lactosa o sensible, etc.) **Sí** **No**

Si es así, por favor describa:

ASMA:

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

¿Cuándo fue diagnosticado con asma?	
¿Qué causa sus episodios de asma?	
¿Cuáles son los síntomas cuando se tiene 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?	<input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> empeorando <input type="checkbox"/> mejorando
¿Alguna vez, ha requerido tratamiento de emergencia o hospitalización debido a su asma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 (p.4) 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:

Has the participant experienced any of the following in the past 2 years? Diagnosed or Undiagnosed?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario | <input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con traumas y factores estresantes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo | <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Schizophrenia Spectrum Disorder | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores (pase a la siguiente sección) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno disruptivo y de conducta | <input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con sustancias | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno intelectual | <input type="checkbox"/> Ideación suicida | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | |

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione más información:

¿Qué comportamientos condujeron al diagnóstico y cómo afecta la vida del participante?
¿Ha recibido el participante tratamiento o terapia por alguno de los anteriores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es así, por favor describa:
¿El participante ha tomado medicamentos para alguno de los anteriores?

MEDICAMENTOS QUE SE ESTÁN TOMANDO:

Liste todos los medicamentos que el participante se está tomando rutinariamente. 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 aplicarte medicamentos rutinariamente? **Sí** **No** Si es así, por favor describa:

Medicamento:

Motivo para tomar el medicamento:

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. **Haga copias adicionales del formulario según sea necesario.**

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

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

CUESTIONARIO MÉDICO:

Querido padre/tutor, o participante 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 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 participante:

Dosis:

Nombre del medicamento:

A que hora lo toma:

Se usa para tratar:

¿Por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento?

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

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

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

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

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:

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tomar el medicamento a la siguiente hora programada | <input type="checkbox"/> llame inmediatamente al personal médico de emergencia (911) |
| <input type="checkbox"/> tomar el medicamento inmediatamente | <input type="checkbox"/> Otro (describir): |
| <input type="checkbox"/> tomar una dosis doble a la siguiente hora programada | |
| <input type="checkbox"/> llame inmediatamente a nuestro médico de familia | |

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.

Firma del participante:	Nombre:	Edad del participante:	Fecha:
x _____		<input type="checkbox"/> Marque 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):	Nombre:	Fecha:
x _____		

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 participé, 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.
- 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:	Edad del participante:	Fecha:
x _____		<input type="checkbox"/> Marque 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):	Nombre:	Fecha:
x _____		

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.