

Formulario médico y de salud OMSI Outdoors

Todos los estudiantes y adultos que estén participando en programas de OMSI Outdoors deben llenar este formulario en su totalidad. Devuelva este formulario a su profesor/a o líder de grupo cuanto antes posible. **POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE USANDO TINTA NEGRA O AZUL.** Nota: los profesores y chaperones son responsables de cualquier asunto de salud en OMSI Outdoor Science School. Un/a oficial de salud (generalmente un/a profesor/a) está a cargo de toda la información médica y de seguro de cada estudiante y adulto, y es responsable de recolectar todos los medicamentos y asegurar que cada estudiante reciba sus medicamentos de acuerdo a la prescripción de cada uno.

Información del participante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento y edad: _____
Padre, madre o guardián: _____ Teléfono de casa: _____
Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Email personal: _____
Email de trabajo: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono personal: _____
Relación: _____ Teléfono de trabajo: _____

Historial médico y de salud

Por favor marque las casillas adecuadas y explique si el participante ha tenido las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja | <input type="checkbox"/> La discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Sonambulismo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> La discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Los terrores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> La enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> El trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Otro |

- Explicación: _____
- Indique todo medicamento usado, a qué hora se toman, y para qué condiciones: _____
- Indique cualquier alergia a medicamentos, la gravedad y la reacción: _____
- Fecha de última vacuna contra el tétano. DEBE HABER SIDO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. (Si su hijo o hija fue vacunado/a antes de empezar la escuela, recibió una vacuna contra el tétano a los 5 años de edad): _____
- Indique cualquier restricción alimenticia (por favor incluya detalles, por ejemplo vegetariano/a, no come cerdo, etc.): _____
- Indique alergias a cualquier comida, la reacción, la gravedad y la cantidad tolerada (por ejemplo: "no puede comer leche entera o queso, pero sí puede consumir estos productos si se usaron en productos horneados"): _____
- ¿Autoriza a el/la oficial de salud a administrar medicamentos de venta libre, como Tylenol, Advil o Benadryl, si usted no está disponible para dar autorización inmediata? Sí No

Información de seguro:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
Compañía de seguro: _____ Nombre de agente: _____
Dirección: _____ Número de póliza: _____
Ciudad, estado, código postal: _____

Mi hijo/a tiene mi permiso para participar en todas las sesiones y actividades de excursión. Soy padre, madre o guardián legal de este menor de edad, que es menor de 18 años, y que quiere participar en los programas de OMSI. Considerando la participación de mi hijo/a en estos programas, renuncio, libero y descargo a OMSI, sus instructores, empleados, oficiales, directores, agentes y voluntarios de cualquier responsabilidad hacia mí, mi hijo/a, todos mis representantes legales, herederos, cesionarios y parientes por cualquier daño o lesión a mi hijo/a o a cualquier persona o propiedad que suceda como resultado de su participación en el programa, sea en establecimientos de OMSI o en otro lugar. Este acuerdo incluye pero no se limita a reclamos o demandas por lesiones o daños causados o presuntamente causados por la negligencia de OMSI o cualquier individuo detallado anteriormente.

Firma de participante mayor de edad, o de madre/padre/guardián de participante menor de edad:

Fecha: _____