

Formulario de Salud Excursión de varios días



CHESAPEAKE BAY FOUNDATION
Saving a National Treasure

Nombre del participante: _____

Programa de CBF/ Curso: _____

Fecha de Curso/ Programa: _____

Dirección del participante: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Grado (si aplica): _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Número móvil: _____

Número de Oficina: _____

Le concedo permiso al personal de CBF de administrar a mi o a mi hijo/a las siguientes medicinas, en caso sean necesarias para aliviar malestares mínimos. El medicamento sólo será administrado por personal de CBF certificado como Wilderness First Responder (Personal certificado en Primeros Auxilios en Áreas Remotas) y se hará un esfuerzo por contactar a los padres o guardián del participante.

Tylenol Advil Benadryl Pastillas
 Sudafed Antiácido para la tos

Por favor provea cualquier otra información relevante sobre la salud del participante.

Historial Médico:

Marque a continuación si el participante tiene antecedentes o tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	Antecedente	Actual
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno hemorrágico o de coagulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otro:

¿Tiene el participante alguna alergia a medicamento, alimento o factores ambientales (como abejas, pasto, nueces)?

Sí No

En caso que sí, por favor provea información sobre la gravedad y la historia de las reacciones

¿El participante lleva un epi-pen o inhalador?

Sí No

Sí es así por favor explique.

¿El participante tiene alguna condición física, cognitiva o sensorial que requiere consideración?

Sí No

¿Toma actualmente el participante alguna medicina, con prescripción o sin prescripción?

Sí No

Sí es así por favor provea más detalles (Medicina, dosis, fecha de prescripción y para que condición)

Cuestionario de Salud COVID-19

Agradecemos de antemano tu cooperación y transparencia, nos ayudará a mantener un ambiente sano y seguro para todos el personal de CBF, voluntarios y participantes.

Las siguientes preguntas del cuestionario de salud deben completarse dentro de 24 horas de atender al programa.

- El individuo no asistirá si el día del evento tiene una temperatura mayor a 100°F (37.8°C) y/u otros síntomas identificados como síntomas de Covid por la CDC.
- Usted NO asistirá si ha sido diagnosticado con COVID-19 y aún no ha sido declarado como no contagioso.
- Usted afirma que NO asistirá si ha sido expuesto a un caso confirmado o sospechoso de COVID-19.

DECLARACION JURADA COVID19

Entiendo que la veracidad de mis respuestas puede afectar la seguridad del programa y la salud de quienes participan.

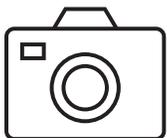
Al firmar a continuación certifico que llevaré a cabo un Diagnóstico de Covid antes del evento y me adhiero a los criterios de diagnóstico mencionados anteriormente.

Acuerdos Finales

Toda la información anterior es verdadera y correcta según mi mayor conocimiento. Entiendo que la participación en las actividades de CBF son completamente voluntarias. CBF ha implementado las mejores prácticas para prevenir la propagación del virus COVID-19, de cualquier forma, entiendo que mi participación en un evento involucra una posible exposición a enfermedades de virus, incluyendo pero no limitando a COVID-19. Asumo a sabiendas y libremente todos los riesgos relacionados con enfermedades e infecciones, como el COVID-19. Entiendo que el evento de CBF puede involucrar actividades prácticas como plantar árboles, utilizar equipo o caminar en agua poco profunda; y entiendo los riesgos y peligros que dichas actividades involucran. Entiendo y comprendo que otros peligros no anticipados puedan surgir. En el presente acuerdo libero a CBF de cualquier responsabilidad por lesiones que puedan ocurrir como resultado de la participación en actividades de CBF. Le otorgo permiso de autorizar al personal de llevar a cabo diagnósticos de emergencia y procedimientos terapéuticos para mí/mi hijo/a, y también permito dichos procedimientos se lleven a cabo por hospital(es) local(es) para mi/mi hijo/a en el caso de una emergencia. Entiendo que cualquier gasto médico se facturará directamente a mi o a mi compañía de seguro.

Por la presente otorgo permiso para que el individuo o menor identificado anteriormente participe en todas las actividades de campo, a menos que se indique lo contrario.

Firma del Participante o Padre /Guardián _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA: Por la presente otorgo a Chesapeake Bay Foundation el derecho incondicional de usar mi nombre, voz y fotografía o de mi hijo/a en relación a cualquiera de sus producciones de audio video, artículos, página web y materiales para la prensa, sin requerir mi consentimiento expreso.

Iniciales _____